

Innleie av sykepleiere i sykehus

Fra nødløsning til akseptert vikarpraksis

Christine Jacobsen Skjælaaen



Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD)
ved Universitetet i Bergen

2010

Til Ingvild

Fagmiljø

Mitt doktorgradsarbeid startet sommeren 2002, da jeg begynte som forskningsassistent på et prosjekt ved Samfunns- og Næringslivsforskning (SNF). Prosjektet, med tittelen *Eksternalisering av arbeid og fleksible bemannings-løsninger: Utfordringer ved styring av kompetanse*, var finansiert av Norges forskningsråd. Seniorforsker Torstein Nesheim var prosjektleder. Min ansettelse var et engasjement på tre år, og betinget av at jeg ble tatt opp som student i et doktorgradsprogram. På grunnlag av en projektskisse som jeg utarbeidet, ble jeg i november 2002 tatt opp som student i dr.polit-programmet ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitet i Bergen (UiB). Førsteamanuensis Ole Johnny Olsen ved Sosiologisk institutt ble oppnevnt som hovedveileder, mens Torstein Nesheim ble oppnevnt som biveileder.

Mitt engasjement ved SNF strakte seg over en lengre tidsperiode, fra juli 2002–desember 2007. Midler fra Fond for anvendt forskning, meddelt meg fra Stiftelsen SNF, ga finansiering til doktorgradsarbeidet i ytterligere tre måneder (januar–mars 2008). Jeg er veldig takknemlig for dette bidraget. Jeg er videre svært glad for at jeg har fått beholde en kontor plass på SNF, også etter at mitt engasjement i virksomheten tok slutt i 2008. Uten et egnet sted å arbeide med avhandlingen – for å skrive, oppbevare bøker m.m. – hadde det vært vanskelig å få prosjektet i havn.

Forord

Det føles rart å skrive dette forordet. Ikke fordi jeg hadde mistet troen på at det en gang skulle skrives, men fordi det å jobbe med avhandlingen lenge har vært en stor del av livet mitt. Etter at finansieringen tok slutt, i april 2008, har avhandlingsarbeidet kommet ved siden av jobben som personalrådgiver i Bergen kommune. Det er ikke å anbefale å ha to jobber, i form av en ordinær jobb og den jobb som det er å ta en doktorgrad. I hvert fall kan ikke *jeg* anbefale det, siden jeg til tider har opplevd det som frustrerende og slitsomt. Samtidig vil jeg understreke at det hele tiden har vært mitt valg å fullføre doktorgraden. Når jeg nå har satt punktum føles det litt uvirkelig, men det gjør meg aller mest glad. Underveis i prosjektet har jeg lært mye og tilegnet meg erfaringer på en rekke felt. Jeg har også etablert mange gode vennskap.

Doktorgradsarbeidet startet med at Torstein Nesheim ved SNF ansatte meg på sitt prosjekt om fleksible bemanningsløsninger våren 2002. Ole Johnny Olsen ved Sosiologisk institutt, UiB, stilte velvillig opp som hovedveileder. Begge har betydd mye for prosjektets gang, på hver sine måter. Torstein introduserte meg for litteraturen om fleksibelt, atypisk arbeid, og har bidratt med flere konstruktive innspill til arbeidet underveis i prosessen. Ole Johnny har med sitt skarpe sosiologiske blikk, representert en viktig samtalepartner i forhold til flere teorier og tema. Hans ukuelige optimisme har motivert meg til innsats gang på gang, og fått meg til å prøve ut nye perspektiver og måter å presentere teksten på. Ole Johnny: Jeg setter stor pris på de mange grundige tilbakemeldingene jeg har fått av deg gjennom årenes løp, og for gode diskusjoner om stort og smått. Torstein: Takk for din tiltro til meg, og for at du introduserte meg i det faglige miljøet på SNF og det såkalte SOL-miljøet ved Norges Handelshøyskole (NHH). Også Karen M. Olsen skal ha takk i den forbindelse. Du har helt fra starten av vært en god kollega, både faglig og sosialt. Takk for nyttige råd og innspill, hyggelige lunsjer/pauser og samtaler. Takk til Arent Greve, for konstruktive og oppmuntrende tilbakemeldinger på et utkast til innlednings- og teorikapittel. På SNF/NHH har jeg følt tilhørighet i alle de årene jeg har jobbet med doktorgraden. Jeg har hatt gleden av å bli kjent med mange flotte mennesker: Solfrid Mykland, Birthe K. Lange, Therese Sverdrup, Hilde Fjellvær, Christina R. Steen, Afsane Bjorvatn m.fl. Jeg håper vi kan holde kontakten også i fortsettelsen.

En positiv side med det å ha tilhørighet til flere forsknings- og stipendiatmiljø, og et langt doktorgradsforløp, er at man blir kjent med mange. På Sosiologisk institutt (UiB) har jeg hatt gleden av å delta på flere stipendiatseminarer, noe som har gitt viktig sosiologisk input og

gode bekjentskaper. Deltakere på de seminarer hvor jeg har deltatt, skal ha takk for nyttige diskusjoner og hyggelig sosialt samvær. Flere deltakere har kommentert kapittelutkast. En spesiell takk til Grethe Halvorsen, Anne Hege H. Strand, Anders Vassenden og Marte Mangset. Takk også til Olav Korsnes og Hans-Tore Hansen, for godt lederskap av stipendiatseminaret i hver sine perioder. Hans-Tore skal også ha stor takk for grundige og verdifulle innspill til et samlet utkast til avhandlingen.

Det er også et tredje forskningsmiljø som har hatt betydning for meg i doktorgradsforløpet, nemlig miljøet rundt ATM-prosjektet ved Rokkansenteret (UiB), ledet av Haldor Byrkjeflot. For meg har dette miljøet vært et springbrett for deltakelse på flere spennende konferanser, kurs og seminarer – som har bygget oppunder min interesse for reformprosesser i helsevesenet og teoretiske innfallsvinkler for studier som har dette som tema.

Selve avhandlingen hadde imidlertid ikke blitt til uten empiriske data. Jeg er svært takknemlig for at så mange tok seg tid til å snakke med meg, i en travel arbeidshverdag, og/eller på andre måter har vært behjelpelige med å skaffe nyttig informasjon. I slutfasen har jeg fått god hjelp til korrektur av teksten: Takk til Anne Kristin Wilhelmsen, Karen M. Olsen, Ragnar Thorarinsson, samt Kristine, Torbjørn og Inge Skjælaaen.

Min familie fortjener den største takken av alle. Gjennom altfor mange år har mine nærmeste oppmuntrert og støttet meg i doktorgradsarbeidet. Det har betydd utrolig mye. Stor takk til min mor Elisabeth, for stadige oppmuntringer, praktisk og mental støtte. Takk Eirik, for tålmodighet og kjærlighet. Jobb i helger, ferier og på andre fridager fra min vanlige jobb har krevd tid som jeg aller helst ville ha anvendt sammen med mann og barn. Det å gi tapt på tid sammen med Eirik og Ingvild, vår skjønneste datter som kom til verden tidlig i doktorgradsforløpet, har utvilsomt vært et tungt offer disse årene. Endelig skal en større del av den verdifulle tiden, bli brukt sammen med dere. Jeg gleder meg!

Bergen, desember 2010

Christine J. Skjælaaen

Sammendrag

Denne avhandlingen omhandler fremveksten, praktiseringen og videreutviklingen av en ny vikarordning i norsk sykehussektor generelt, og ved et større norsk sykehus spesielt. Den nye ordningen går ut på at sykehus leier inn sykepleiere fra vikarbyrå. Ordningen gjorde sin entré i norsk helsevesen sommeren 2000, da det trådte i kraft et nytt og mer liberalt regelverk for ut- og innleie av arbeidskraft her i landet. Da ordningen var av ny dato ble den møtt med sterk kritikk fra flere hold, deriblant fra sykepleiere og ledere i sykehussektoren. Over tid har likevel ordningen blitt forholdsvis utbredt i mange sykehus, hvor den har fått karakter av å være en ordinær praksis for å skaffe sykepleiervikarer.

Avhandlingen har til hensikt å belyse to forhold: 1) Hvordan et utvalg aktører i sykehussektorens arbeidsmarked har respondert på og bidratt til fremveksten av et marked for sykepleieleie, og 2) på hvilke måter sykepleieinnleie (innleiemodellen) er blitt adoptert, videreutviklet og forsøkt legitimert av aktørene ved ett sykehus. Avhandlingen er teoretisk forankret i det nyinstitusjonelle perspektivet i organisasjonsforskningen, og da især i den skandinaviske nyinstitusjonalismen. Dette perspektivet tilbyr en teoretisk fortolkningsramme for studier av utvikling, spredning, adoptering og oversettelse av ideer/oppskrifter. Den case-studie som er blitt gjennomført er først og fremst en adopteringsstudie. Dens primære formål er å undersøke hvordan ideen om sykepleieinnleie har blitt mottatt av aktørene i et sykehus, og hvordan sykehusets aktører har vurdert og bearbeidet ideen over tid.

Casestudien kan deles inn i en feltstudie og en sykehusstudie. Mens feltstudien omhandler de første årene innleiemodellen var i bruk i sykehussektoren (2000–2003), retter sykehusstudien søkelys på et noe lengre tidsrom (2001–2006). Et viktig utgangspunkt har vært at det som skjer i sykehusfeltet som helhet, er med å berede grunnen for lokale, organisasjonsspesifikke oversettelser av innleiemodellen i det enkelte sykehus, og ved den enkelte sykehusavdeling. Det har derfor vært vesentlig å undersøke hvordan aktører som Norsk Sykepleierforbund, sykepleiere i alminnelighet, sykehussektoren og vikarbyråbransjen forholdt seg til at sykepleieleie ble mulig gjort som ordning i år 2000. Avhandlingens primære siktemål har imidlertid vært å belyse modellens institusjonalisering i casesykehuset, med vekt på å forstå de sykehusansattes praktiseringer og vurderinger av modellen.

Analysen gir innsikt i flere forhold. For det første, gir den innblikk i diskusjoner som har vært ført i forhold til sykepleieleie og jobben som byråansatt sykepleier. Diskusjonene har funnet sted på flere arenaer – eksempelvis i sykehusorganisasjonen, i Sykepleierforbundet og i vikarbyråer – og engasjert både sykepleiere og andre. Flere av dem som først var motstandere av sykepleieleie, inntok etter hvert en mer pragmatisk og til dels også positiv holdning overfor ordningen og/eller den nye vikarjobben for sykepleiere. Feltstudien gir innblikk i hvilke aktører dette gjelder, og hva aktuelle standpunktskifter baserer seg på av motiver og strategier.

Analysen av casesykehusets adoptering, oversettelse og legitimering av innleiemodellen, viser at modellen først ble tatt i bruk som en midlertidig (men ikke desto mindre uønsket) problemløser i en vanskelig rekrutterings- og bemanningssituasjon. Konkrete erfaringer med sykepleieinnleie, gjorde det raskt klart at ordningen skaffet sykehuset sårt tiltrengt arbeidskraft og derfor hadde nytteverdi. En viktig faktor var at de innleide sykepleierne var godt kvalifiserte. En annen at ordningen reduserte overtidsbruken blant sykehusets egne sykepleiere, og dermed bidro til at disse fikk en mer forutsigbar arbeidshverdag. Slike oppdagelser ga grobunn for positive koblinger mellom innleiemodellen og en rekke faglige og arbeidsmiljømessige forhold. Følgelig kunne bruken av sykepleieinnleie rettferdiggjøres med henvisning til det sykepleie-/medisinskfaglige rasjonalet i organisasjonen, noe som ga ordningen legitimitet.

Utover i adopteringsprosessen ble den økonomiske rasjonalitetsformen en stadig viktigere legitimeringsbase i organisasjonen, og dermed for organisasjonens aktører. Dette innvirket på sykepleielederes vurderinger og praktiseringer av tilgjengelige vikar- og bemanningsordninger. Som følge av en opplevd forventning om å skulle ta både faglige og økonomiske hensyn i arbeidet, fant mange det vanskelig å opprettholde bruken av sykepleieinnleie. Dette gjaldt særlig bruken av eksterne sykepleiervikarer, som ble kritisert for å ha en for høy prislapp. En intern variant av innleiemodellen, hvor avdelingene leier inn sykepleiervikarer fra et internt vikarsenter, ble til forskjell foretrukket i flere situasjoner. Ved studiens slutt i 2006, var likevel begge de to innleievariantene godt innarbeidet i sykehusets bemanningsrepertoar. Dermed kan det konkluderes, at den bemanningsoppskrift som først ble tatt i bruk i organisasjonen, ble gjort til meningsfulle og anvendbare vikarpraksiser over tid. Til grunn ligger de fortolkninger, bearbeidelser og tilpasninger som sykehusets aktører bidro med; som aktive mottakere av den en gang så ukjente oppskriften.

Summary

The thesis explores the emergence, practice and development of a new temporary staffing arrangement that was introduced in the Norwegian health-care sector in July 2000, after liberalization of the Employment Act. The legislation change took place during times of significant and widespread shortage of nurses in Norway. The new staffing arrangement allowed hospitals and other health care organizations for the first time to hire nurses from temporary help agencies.

The objective of the thesis is twofold: To analyze 1) how a group of selected stakeholders within the health-care labor market responded and contributed to the emergence of a market for hiring nurses from temporary help agencies, and 2) how a selected hospital adopted, modified and legitimized this arrangement. The thesis is theoretically rooted in the neo-institutional perspective within organizational research, and particularly within Scandinavian institutionalism. This perspective provides a theoretical interpretation framework for the study of the development, spread, adoption and translation of ideas and standards.

The case study is divided into two parts; a field study covering the period from 2000 to 2003, and an in-depth case study focusing on how the new staffing arrangement was evaluated, interpreted and adopted at different ward units of the preselected hospital between 2001 and 2006. The field study reveals that several actors in the health-care sector were opposed to the legislative change that opened for hiring nurses from temporary help agencies. The Norwegian Nurses Organization claimed that the use of agency nurses would negatively affect the work quality and strongly opposed liberalizing this labor sector. Majority of nurses at the time also claimed that the new staffing arrangement would negatively affect the working environment. It was also pointed out that the use of agency nurses would be a highly expensive staffing arrangement. Since the temporary help agencies offered nurses significantly better salaries and more flexible working schedules, they managed to sign up nurses. Due to the nurse shortage, many hospitals started hiring nurses as their only option to resolve severe staffing problems. The new hiring arrangement was thus adopted despite the general opposition and skepticism of hospital staff.

The thesis provides an insight into the discussions that were carried out in relation to the use of agency nurses and their work performance during the study period. Several of those who

were initially opposed to the staffing arrangement gradually took a more pragmatic and positive view of it. The field study illustrates the stakeholders' viewpoints and the basis for the changing standpoints with regard to motives and strategies. The analysis of how the selected hospital adopted, translated and legitimized the staffing arrangement, shows that the model was initially used as a temporary (but nevertheless an undesired) solution in a situation with immense staffing problems. Experiences with the model quickly demonstrated that the temporary help agencies provided the hospital with a much needed supply of highly qualified nurses. It contributed also to reduced dependency on overtime use among the nurses that were employed at the hospital, and thus created more predictable working schedules for the nurses. Previous staffing problems were thereby largely eliminated. Consequently, the new staffing arrangement gained necessary legitimacy.

Later in the adoption process, the economic rationale became an increasingly important basis for legitimacy within the hospital organization and for the organization's stakeholders. The added cost of hiring nurses from temporary help agencies influenced the nurse and hospital ward managers' assessment of the new staffing arrangement, making it difficult to justify during times of strong budget constraints. As a result of a perceived expectation of having to take both professional and economic considerations into account in their work, many nurse and hospital ward managers felt that it would be difficult to continue to hire nurses from temporary help agencies. The staffing arrangement could nevertheless be characterized as an established practice within the selected hospital at the end of the study period in 2006. The thesis concludes that the new and initially controversial staffing arrangement, over time became a functional staffing practice for the hospital management.

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1: INTRODUKSJON	1
1.1 Tema og problemstillinger	1
1.2 Teoretisk tilnærming	3
1.3 Metodisk tilnærming.....	5
1.4 Gangen i avhandlingen	7
KAPITTEL 2: DET LOVMESSIGE GRUNNLAGET FOR INNLEIEMODELLENS INTRODUKSJON I EN REFORMINTENSIV SYKEHUSSEKTOR.....	10
2.1 Innledning.....	10
2.2 Innleiemodellens <i>lovmessige</i> grunnlag.....	10
2.2.1 Fra politisk <i>kontrovers</i> til bredt politisk <i>flertall</i> for muliggjøring av all arbeidsleie	11
2.3 Sykehussektoren som <i>reformintensivt</i> felt	16
2.3.1 NPM som viktig forståelsesramme i reformarbeidet.....	17
2.3.2 Reformiver i norsk helse- og sykehussektor.....	18
KAPITTEL 3: TEORETISK RAMMEVERK.....	21
3.1 Innledning.....	21
3.2 Institusjon og institusjonalisering.....	21
3.2.1 Scotts tre institusjonspilarer	21
3.2.2 March og Olsens begrep “logic of appropriateness”	22
3.2.3 Berger og Luckmanns sosialkonstruktivisme	23
3.3 Legitimitet og legitimering	24
3.3.1 Suchmans legitimitetsformer.....	25
3.3.2 Scotts legitimeringsbaser.....	27
3.4 Det nyinstitusjonelle perspektivet.....	27
3.4.1 Den klassiske nyinstitusjonalismen	28
3.4.2 Spredning vs. adoptering av ideer/oppskrifter.....	29
3.5 Skandinavisk nyinstitusjonalisme.....	31
3.5.1 Institusjonaliserte (mote-)oppskrifter	32
3.5.2 Oversettelse og oversettelsesprosesser	32
KAPITTEL 4: FORSKNINGSDESIGN OG METODE	40
4.1 Innledning.....	40
4.2 Feltstudien	41
4.2.1 Medicoppslag som informasjonskilde.....	41
4.2.2 Intervjuer med aktører i feltet.....	43
4.3 Sykehusstudien	44
4.3.1 Et “embedded” casestudiedesign.....	44
4.3.2 Personalavdelingen som kontaktpunkt	45

4.3.3 Valg av avdelinger og rekruttering av informanter for intervju	46
4.3.4 Skriftlige (interne) dokumenter	48
4.4 Intervjuarbeidet	48
4.5 Bearbeiding og analyse av data	51
4.5.1 På jakt etter mening og mønstre i datamaterialet	52
4.6 Vurdering av kvaliteten på dataene og forskningen som helhet	53
KAPITTEL 5: FREMVEKSTEN AV ET MARKED FOR SYKEPLEIELEIE	58
5.1 Innledning	58
5.2 Vikarbyråbransjen som utleiende av sykepleiere	59
5.2.1 Et uoversiktlig utleiemarked tar form	59
5.2.2 Løfter om god lønn og stor grad av fleksibilitet	61
5.2.3 Eksplisitt vekst for vikarbyråbransjen	62
5.3 Sykepleiarbeid: Fra lydige kallsarbeidere til fleksible lønsmottakere på et utleiemarked?	63
5.4 NSF – Fra prinsipiell motstander til strategisk tilhenger av sykepleieleie	69
5.4.1 Motstanden mot å åpne for sykepleieleie	69
5.4.2 Det tilsynelatende standpunktsskiftet	71
5.4.3 Lønnskamp og sykepleierstreik	74
5.4.4 Strategisk tilpasning og ikke bare lønnskamp?	76
5.5 Etableringen av en ny type sykepleierjobb	78
5.5.1 Lønn og fleksibilitet som viktigste motiver for vikarjobben	79
5.6 Et tilbud skaper sin etterspørsel: Sykehus som innleiende av sykepleiere	84
5.6.1 Sykepleiemangel = bemanningsproblemer = sykepleieinnleie	84
5.6.2 Sykehusene svarer med mottak	85
5.7 Avslutning	88
KAPITTEL 6: DET INTERNE OVERSETTELSES- OG LEGITIMERINGSARBEIDET STARTER OPP LOKALT I SYKEHUSET	92
6.1 Innledning	92
6.2 Sykehusets kjente, men likevel til dels skjulte vikarmarked	93
6.3 Frykten for det ukjente	98
6.3.1 “Blir det bare bry med dem, fordi de ikke kan nok?”	99
6.3.2 “Det er det offentlige som skal ta seg av helsetjenester”	100
6.3.3 “Vi fryktet jo at sykepleierne skulle slutte hos oss og gå rett over i vikarbyråer”	101
6.4 Lokal adoptering av ekstern innleie ut fra desperasjon og faglig nytte	101
6.4.1 <i>Desperat</i> adoptering: Ekstern innleie tas i bruk som en <i>faglig</i> akseptert nødløsning	102
6.4.2 <i>Etterspurt</i> adoptering: Ekstern innleie tas i bruk som et <i>nyttig</i> verktøy	105
6.4.3 <i>Strategisk</i> adoptering: Ekstern innleie tas i bruk av <i>spesielle</i> fleksibilitets- og effektivitetshensyn	112
6.4.4 Produktivitetsavtalen fungerte som en (midlertidig) demper på vikarbruken	114
6.5 Avslutning	115

KAPITTEL 7: TOPPSTYRT OVERSETTELSE OG LEGITIMERING AV INNLEIEMODELLEN	119
7.1 Innledning	119
7.2 Personalavdelingen i rollen som profesjonell oversetter.....	120
7.3 Anbudsbasert sykepleieinnleie: Et administrativt oversettelsesprosjekt	124
7.3.1 Sykehusledelsen orienteres om muligheten for sykepleieinnleie	127
7.3.2 Anbudsarbeidet.....	130
7.4 Intern sykepleieleie – Fra idé til etablering.....	135
7.4.1 Personalavdelingen som planlegger og iverksetter av intern innleie.....	137
7.4.2 Den nødvendige aksepten fra NSF lokalt	142
7.4.3 Rekruttering og opplæring av interne sykepleiervikarer	144
7.4.4 Intern innleie fremstilles som et <i>faglig</i> og <i>økonomisk</i> godt vikarkonsept.....	147
7.5 Regeldannelse og sentralisering som svar på administrasjonens ønske om en <i>standardisert og kontrollert</i> bemanningspolitikk	148
7.6 Enhetlig ledelse av betydning for lokal sykepleiebemanning?	150
7.6.1 Delegering av ansvaret for sykepleierekruttering og -bemanning.....	151
7.6.2 Fremveksten av en administrasjons- og økonomitung avdelingssykepleierrolle.....	154
7.7 Avslutning.....	159
KAPITTEL 8: SYKEPLEIEINNLEIE TAR FORM SOM INSTITUSJONALISERTE VIKARPRAKSISER.....	163
8.1 Innledning.....	163
8.2 Sykepleieinnleie som <i>faglig legitimt merforbruk</i>	165
8.3 Tilpasningen av intern innleie til avdelingsvise behov	173
8.4 Oppdagelsen av <i>nødvendigheten</i> og <i>nyten</i> av ekstern innleie.....	176
8.5 Personalavdelingens <i>rangering</i> av vikar- og bemanningsordninger	178
8.6 “Vi må ha to tanker i hodet samtidig”: <i>Fag</i> og <i>økonomi</i>	180
8.7 Begrenset adoptering av sykepleieinnleie grunnet tradisjon og rutiner.....	186
8.8 Den interne vikarordningens skjebne kommer på spill.....	193
8.9 Den eksterne vikarordningen ekspanderer.....	198
8.10 Avsluttende diskusjon	200
KAPITTEL 9: AVSLUTNING.....	208
9.1 Studiens tema og problemstillinger	208
9.2 Det lovmessige grunnlaget for sykepleieleie.....	208
9.3 Et ut- og innleiemarked for sykepleiere tar form.....	209

9.4 Sykehusinterne oversettelser og legitimeringer av innleiemodellen	212
9.4.1 Sykepleiebemanning og sykepleieinnleie kobles til både fag og økonomi	213
9.4.2 Fra atypiske, til aksepterte og normaliserte vikarpraksiser.....	215
9.5 Teoretiske, praktiske og forskningsmessige implikasjoner	218
9.5.1 Teoretisk utgangspunkt og bidrag	218
9.5.2 Mulige veier videre	220
LITTERATURLISTE	226
Sykehus(interne)dokumenter	244
Medieoppslag.....	245
VEDLEGG:.....	249
Vedlegg 1: Skjematisk oversikt over intervjuer og møter med informanter i casesykehuset (sykehusstudien).....	249
Vedlegg 2: Skjematisk oversikt over intervjuer og møter med informanter som befinner seg på utsiden av casesykehuset (feltstudien)	250
Vedlegg 3: Intervjuguider – to eksempler.....	251
1: Intervjuguide: Avdelings- og sykepleieledere.....	251
2: Intervjuguide: Sykepleiervikarer.....	256

Kapittel 1: Introduksjon

1.1 Tema og problemstillinger

1. juli 2000 trådte det i kraft et nytt og mer liberalt regelverk for arbeidsleie her i landet som muliggjorde ut- og innleie av sykepleiere. Da lovendringen ble behandlet i Stortinget, ble den presentert som “den største endringen i regelverket som regulerer arbeidsmarkedet, siden 1960-tallet” (Saksordfører Sylvia Brustad, Arbeiderpartiet, Odelstinget 17.12.1999):

Interessen for saken har vært og er enorm, noe jeg forstår veldig godt, i og med de omfattende endringene som kommer til å bli vedtatt her i dag. Når det er behov for endringer, er jo det fordi arbeidsmarkedet har endret seg radikalt siden 1960-tallet. [...] Når virkeligheten og verden rundt oss endrer seg, må også regelverket tilpasses den tida vi lever i. [...] Dette [arbeidsleie] har fram til i dag som hovedregel vært forbudt, med noen unntak som tilhører en svunnen tid, og som var tilfeldige. Derfor går vi inn for at dette regelverket nå speilvendes, slik at inn- og utleie av arbeidskraft blir tillatt. Det gjelder også helsesektoren, for når regelverket speilvendes, bør det gjelde alle og ikke unnta noen spesielt, slik som Regjeringa opprinnelig foreslo (ibid.).

Flere var skeptiske til at *sykepleieleie* ble en mulig ordning. En sentral innvending, som bl.a. Norsk Sykepleierforbund (NSF) sto bak, var at ordningen ville gjøre det vanskelig å opprettholde god kontinuitet i pasientarbeidet og et godt arbeidsmiljø for sykepleiere. Et annet ankepunkt, var lønnsforskjellene mellom ordinære sykepleiere og sykepleiere som arbeidet som byråvikarer. Det ble stilt spørsmål ved det faktum at vikarene gjerne hadde de beste lønningene, noe som ble sett på som urettferdig. En rekke sykepleiere kritiserte sine arbeidsgivere for å leie inn bedre betalte sykepleiervikarer, og uttrykte misnøye med sine lønns- og arbeidsbetingelser. For ledere i helsesektoren representerte vikarbyråbransjen en ny konkurrent i kampen om sykepleierarbeidskraften, noe som skapte bekymring for mulighetene til å rekruttere og beholde det tilstrekkelige antall sykepleiere. Samtidig ble vikarbyråene¹ betraktet som et potensielt verktøy for å få bukt med de bemanningsproblemer som den foreliggende mangelen på sykepleiere hadde medført.

Det er i dag ti år siden ordningen med *sykepleieinnleie* gjorde sin entré i norsk sykehussektor, som en ny bemanningsoppskrift eller innleiemodell. Bruken av ordningen synes å være normalisert og akseptert i de fleste sykehusmiljø. Formålet med avhandlingen er å belyse 1)

¹ Betegnelsen *vikarbyrå* vil her bli benyttet både for *utleiefirma*, som utelukkende driver med utleie av arbeidskraft (vikarer), og *bemanningsforetak* som – i tillegg til å tilby vikartjenester – også tilbyr konsulent-tjenester innenfor opplæring, rekruttering, organisasjonsutvikling og/eller ledelse.

hvordan et utvalg aktører i sykehussektorens arbeidsmarked har respondert på og bidratt til fremveksten av et marked for sykepleieleie, og 2) på hvilke måter innleiemodellen er blitt adoptert, videreutviklet og forsøkt legitimert av aktørene ved ett større norsk sykehus.

Et sentralt utgangspunkt har vært at det som skjer i feltet som helhet er med å berede grunnen for lokale, organisasjonsspesifikke oversettelser av innleiemodellen i det enkelte sykehus og den enkelte sykehusavdeling. Hvordan modellen begripes og anvendes av aktørene i case-sykehuset, tenkes å dra veksler på hvordan modellen er formet og forstått i sykehusets omgivelser. Et sentralt skritt har derfor vært å spørre hvordan ulike aktører, slik som sykepleiernes interesse- og fagorganisasjon NSF, sykepleiere i alminnelighet, sykehussektoren og vikarbyråbransjen, forholdt seg til at sykepleieleie ble muliggjort, og hva som karakteriserer ordningens introduksjon i norske sykehus. Den feltstudie som er gjennomført må forstås som et første ledd i analysen av innleiemodellens institusjonalisering i sykehusorganisasjonen. Avhandlingens primære prosjekt har vært å belyse hvordan innleiemodellen er blitt tatt i bruk, anvendt, videreutviklet og legitimert i sykehuset, ved forskjellige avdelinger. Det er denne tematikken som løftes frem i analysen og som forenklet vil bli betegnet som sykehusstudien.

I mitt møte med sykehusorganisasjonen har innsatsen vært rettet mot å få svar på hva det er som kjennetegner det organisasjonsinterne oversettelses- og legitimeringsarbeid som har pågått og stadig pågår i forhold til innleiemodellen, og hva som har blitt resultatet av det samme arbeidet. Et sentralt spørsmål har vært om sykepleieinnleie er i ferd med å etablere seg som institusjonalisert vikarpraksis i sykehuset, eller om det fortsatt er slik at sykepleiebemanningen fremfor alt organiseres ved bruk av tradisjonelle vikar- og bemanningsordninger? Svaret på dette spørsmålet angir innleiemodellens plass i organisasjonen i den femårsperioden som omfattes av sykehusstudien (2001–2006). I starten av perioden representerte innleiemodellen noe nytt og annerledes for de sykehusansatte – en modell flere var kritiske til. Tross intern motstand og skepsis ble modellen likevel adoptert i større eller mindre omfang ved flere sykehusavdelinger, hvor den ble gjort til gjenstand for bearbeidelser av ulik karakter. Spørsmålene som kan reises er derfor som følger: Hva var grunnlaget for motstand, i første omgang, og hva var begrunnelsene for at vikarordningen likevel ble tatt i bruk? Hva slags argumenter eller rasjonaler lå til grunn? Hvordan ble ordningen begrunnet og rettferdiggjort? På hvilke måter kom bruken av sykepleieinnleie i stand, og i hvilken grad ble

denne ordningen omformet og tilpasset av sykehusets aktører for å passe overens med lokale bemanningsbehov, rutiner og tradisjoner? Hva innebar et slikt oversettelsesarbeid for ordningens legitimitet og videre anvendelser? Og, hva slags institusjonaliserings- og legitimeringsarbeid ble ordningen gjenstand for?

1.2 Teoretisk tilnærming

Avhandlingen er teoretisk forankret i det nyinstitusjonelle perspektivet i organisasjonsforskningen, og da især den skandinaviske nyinstitusjonalismen, som tilbyr en teoretisk fortolkningsramme for å studere utvikling, spredning og adoptering av oppskrifter/ideer (Bentsen et al. 2001; Borum 2003; Røvik 2007:25–26).²

I hovedsak har den amerikanske nyinstitusjonelle tradisjonen vært konsentrert om å forstå spredningen av organisasjons- og ledelsesoppskrifter som har oppnådd status som institusjonaliserte forbilder i ulike organisatoriske felt³ (Fligstein 1985; Røvik 2007:27; Westphal, Gulati og Shortell 1997). Organisasjoner hevdes å ville innføre slike oppskrifter av legitimitetshensyn, for på den måten å *gi inntrykk* av å henge med i tiden og dermed fremstå som moderne og effektive (Bentsen 2003:169; Brunsson og Sahlin-Andersson 2005:82; DiMaggio og Powell 1983; Meyer og Rowan 1977:352; Røvik 2007:26–27, 30–31; Wæraas 2004:7). Perspektivet utgjør en viktig inspirasjonskilde for min studie. Imidlertid må det påpekes at innleiemodellen ikke fremsto som et institusjonalisert forbilde da den gjorde sin entré i norsk sykehussektor. Den var til forskjell svært omstridt, noe som gjør den ulik flere av de andre oppskriftene som omtrent samtidig gjorde seg gjeldende i denne sektoren og/eller i offentlig sektor generelt. For mens flere av disse oppskriftene kan karakteriseres som etablerte moteoppskrifter, var innleiemodellen svært uønsket av flere aktører. Siden innleiemodellen heller ikke var en ordening som sykehusene var pålagt å innføre, slik tilfellet jo har vært, og er,

² Barbara Czarniawska og Guje Sevón introduserte begrepet *skandinavisk institusjonalisme* i 1996. Betegnelsen brukes gjerne på skandinavisk forskning influert av W. Richard Scott, James G. March og John W. Meyer (Czarniawska 2008:770; Røvik 2007:37). Hyppig refererte og skoledannende arbeider er, i tillegg til Czarniawska og Sevón (1996); Brunsson (2000, 2003), Brunsson og Olsen (1990), Czarniawska og Joerges (1996), March og Olsen (1984, 1989), Sahlin-Andersson (1996) og Røvik (1998).

³ Det er vanlig å definere et *organisasjonsfelt* som en samling organisasjoner som produserer liknende produkter eller tjenester (DiMaggio 1983). Se også Lindberg 2002:57, Scott et al. 2000:13). Bruken av feltbegrepet innen organisasjonsforskningen er imidlertid langt fra konsistent (se Sahlin-Andersson 1996:73 for eksempler). Som påpekt av Kjell Arne Røvik (1992a:266) er et organisasjonsfelt primært et kognitivt-institusjonelt fenomen: Et felt består av aktører og organisasjoner som har utviklet en *forestilling* om at de har noe felles (se også Wæraas 1997:19–20). Sykehussektoren kan med fordel betraktes som et organisatorisk felt (Borum 2001; Jespersen 2003; Sahlin-Andersson 2003).

med mange reformkonsepter, er det interessant å spørre *hvorfor* og *hvordan* den i det hele tatt fikk innpass. Avhandlingens primære siktemål er å gi svar på hvordan innleiemodellen ble innført og tatt i bruk av aktørene ved ett sykehus, og på hvilke(t) grunnlag og på hvilke måter modellen ble anvendt, videreutviklet og forsøkt legitimert av sykehusets aktører.

Deler av det nyinstitusjonelle perspektivet gir mulighet for å studere de *mikroprosesser* som finner sted *internt* i organisasjoner som adopterer nye oppskrifter. Dette gjelder særlig den skandinaviske nyinstitusjonalismen som setter søkelys på oppskriftenes *mottaksside* (Borum 2001:19; Røvik 2007:30,37). Skandinaviske nyinstitusjonalister er i hovedsak opptatt av “de enkelte organisasjoner og de prosesser som utløses og spilles ut i møtet mellom eksterne, gjerne transnasjonale, reformideer, og den enkelte virksomhet med sine tradisjoner, sin teknologi, sine verdier og sine erfaringsbaserte innsikter” (Røvik 2007:37–38). Jeg knytter meg teoretisk og metodisk til denne forskningstradisjonen ved, for det første, å være opptatt av det Czarniawska (2008:770–771) beskriver som “the construction and deconstruction of institutions (institutionalization and deinstitutionalization) as the most fruitful way of conceptualizing social order”, og ved, for det andre, å være interessert i “*the practice of organizing*” (ibid.:771). I likhet med majoriteten av forskningsarbeidene innen denne tradisjonen, er også min studie *proessorientert* – til forskjell fra å være *strukturorientert* – og bruker *kvalitative* metoder for å studere adopteringen og oversettelsen av en oppskrift.

En viktig innsikt fra forskningsarbeider av denne typen er at det på mottakssiden finnes sterke aktører og aktørgrupper som aktivt velger ut, fortolker, bearbeider og tilpasser nye oppskrifter til praksisfeltet (Borum 2001:19; Borum og Westenholz 1995; Czarniawska og Sevón 1996; Forssell og Jansson 2000; Jacobsson 1994c; Sahlin-Andersson 2003:237–239; Røvik 2007:38; Vabo og Stigen 2004:49). I flere forskningsarbeider har den sentrale oppgaven vært å belyse reformideers skjebne ved å følge ideene gjennom organisasjonsinterne oversettelsesprosesser, med utgangspunkt i en *translasjonsteoretisk* tilnærming. Det vesentlige har vært hva organisasjoner “gjør” med ideer som spres *i* og *mellom* organisatoriske felt (Røvik 2007:39–40). Flere av studiene har handlet om reformer i offentlige virksomheter, slik som i helse- og sykehussektoren (Erlingsdóttir 1999, 2001; Lindberg 2002; Lindberg og Erlingsdóttir 2005; Sognstrup 2003). Studiene har i mange tilfeller karakter av å være *mikrostudier* av institusjoner, som dokumenterer “in micro-perspective institutionalization processes that require decades, if not yet centuries” (Czarniawska 2008:773).

Deler av nyinstitusjonell teori har satt søkelys på hvordan bestemte handlinger, prosedyrer og regler i organisasjoner kan karakteriseres som *institusjonaliserte*. Det vil si at de er av en sånn karakter at organisasjonens medlemmer ikke stiller spørsmål ved dem (Bentsen 2003:170). Hvilke tatt-for-gitt-antakelser og praksiser som finnes i de kontekster hvor oppskrifter er under bearbeiding, er ofte av stor betydning for hvilken skjebne oppskriftene får i aktuelle felt og organisasjoner. Sykehussektoren og sykehusorganisasjonen er på mange områder så preget av innarbeidete rutiner og vaner at det kan være vanskelig å adoptere oppskrifter som bærer bud om nye praksiser (ibid.; Borum 2001). Forskningsmessig bidrar dette til at *logikken om det passende* blir et fruktbart analytisk perspektiv, som et inntak til å forklare hvorfor medlemmer av bestemte sosiale fellesskap handler som de gjør i ulike situasjoner (March og Olsen 1995:30, 2004:3). Denne logikken viser til at en gjerne velger å handle ut fra erfaringer om hva som har fungert godt tidligere, eller hva som oppleves som rimelig og akseptabelt i det handlingsmiljø som en fungerer innenfor (Christensen et al. 2004:13). Hvorvidt en oppskrift får innpass i en organisasjon og blir nedfelt i faktiske endringer i institusjoner, tenkes å avhenge av tempoet på gjennomføringen og etter hvor kompatibel oppskriften er med organisasjonsmedlemmenes repertoar av prosedyrer, rutiner, verdier og handlingslogikker (March og Olsen 1984, 1989. Jf. Røvik 2007:38).

1.3 Metodisk tilnærming

Valg av *casestudie* som forskningstilnærming har gjort det mulig å studere innleiemodellens introduksjon, mottakelse og bearbeiding på felt- og organisasjonsnivå. Dette er en vanlig metodisk tilnærming innenfor den forskningstradisjon som jeg knytter meg til.

Feltstudien har hatt som formål å fungere som en inngang til sykehusstudien, det vil si til studien av hvordan casesykehusets aktører har forholdt seg til at det ble mulig med sykepleie-innleie. I forskningsprosessen startet feltstudien opp noe tidligere enn sykehusstudien, noe som har bakgrunn i at jeg vurderte det som hensiktsmessig å skaffe innsikt i sentrale aktørers håndtering av den aktuelle ordningen før jeg tok fatt på intervjuer av ansatte i casesykehuset. Feltstudien omhandler perioden 2000–2003 og setter søkelys på disse fire aktørene: 1) Vikarbyråbransjen som utleiende av sykepleiervikarer, 2) sykepleiere som arbeidstakere (sykehusansatte og byråvikarer), 3) sykepleiere som organisert yrkesgruppe i form av NSF, og 4) sykehusene som (potensielle) innleiende av sykepleiere. Feltstudien gir innblikk i hvordan

norske sykehus forholdt seg til muligheten for sykepleieinnleie da denne først oppsto, hvordan vikarbyråbransjen markedsførte tilbudet om sykepleieutleie overfor sykehussektoren og jobben som byråvikar overfor sykepleierutdannete, og ikke minst hvordan sykepleiere oppfattet både den nye vikarordningen og den nye vikarjobben.

Feltstudien baserer seg på flere typer datamateriale. En rekke medieoppslag og skriftlige dokumenter som omhandler sykepleieleie og/eller jobben som sykepleiervikar er samlet inn og behandlet for årene 2000–2003. Dette materialet illustrerer de diskusjoner som oppsto da det sommeren 2000 ble lov med ut- og innleie av sykepleiere her i landet, og følgelig hva sentrale aktører hadde av standpunkter og meninger i den forbindelse. I 2003 foretok jeg kvalitative intervjuer med enkelte representanter for de fire aktørgruppene.

Den periode som omhandles i *sykehusstudien* (2001–2006), starter med det første året sykehuset leide inn sykepleiervikarer. Studien er en enkel/single casestudie med et longitudinelt og komparativt design. Oppmerksomheten rettes mot sykehusorganisasjonen som et hele og som en samling enkeltvis avdelinger. Kvalitative intervjuer med forskjellige grupper av sykehusansatte utgjør den viktigste datakilden, dernest skriftlig materiale i form av forskjellige typer dokumenter. Videre har jeg hatt god nytte av uformelle møter og samtaler med flere ansatte i sykehuset, samt enkelte andre aktører i sykehussektoren og i vikarbyråbransjen.

Totalt har jeg gjennomført intervjuer ved syv avdelinger i sykehuset: Fem sykehusavdelinger (fire somatiske og en psykiatrisk)⁴ og to administrative avdelinger. Intervjuene fant sted i to omganger, først i 2003 og dernest i 2005 og 2006. Enkelte ansatte er intervjuet flere ganger og da gjerne i begge intervjurunder. Blant informantene er det en klar overvekt av avdelings- og sykepleieledere, noe som har sammenheng med at det vanligvis er disse lederne som avgjør om og eventuelt hvordan innleiemodellen skal anvendes på avdelings- og postnivå.⁵

⁴ Med *sykehusavdelinger* menes her avdelinger eller enheter som er involvert i behandlingen av pasienter.

⁵ Sykehuset er inndelt i flere avdelinger, klinikker og divisjoner. For enkelthets skyld bruker jeg *avdelingsbetegnelsen* om alle disse tre organisatoriske enhetene. Begrepet *sengepost* brukes for seksjoner, dag- og sengeposter som utgjør underenheter i en avdeling/divisjon/klinikk. Betegnelsen *avdelingsleder* brukes samsvarende for å vise til både avdelings-, klinikk- og divisjonsleder/-direktør/-sjef, mens tittelen *sykepleieleder* brukes om avdelings- og oversykepleiere. Jeg inkluderer her tidligere oversykepleiere som etter omleggingen til enhetlig ledelse har gått over i andre (gjørne nyopprettede) stillinger, slik stillingen som sykepleiefaglig rådgiver er et eksempel på.

Ved å konsentrere meg om *flere* avdelinger har det vært mulig å studere hvordan en modell kan utløse flere og ulike oversettelses- og legitimeringsprosesser i *en* og samme organisasjon. Flere (under-)case eller analyseenheter har gitt mange observasjoner og designvariabler, noe som generelt kan sies å være gunstig i forhold til arbeidet med begrepsdannelse, utforskning av prosesser og testing av ulike årsakssammenhenger (Andersen 1997:95).

1.4 Gangen i avhandlingen

Formålet med denne innledningen har vært å presentere avhandlingens tema, og kort redegjøre for den teoretiske og metodiske tilnærmingen som jeg har gjort bruk av. Jeg har valgt å disponere avhandlingen i ni kapitler.

Kapittel 2 beskriver det lovmessige grunnlaget for innleiemodellen, og viser at det i forkant av lovliberaliseringen ble ført en politisk kamp om hvorvidt sykepleieleie skulle bli en mulig ordning eller ikke. Kapitlet gir videre innblikk i deler av den reformering som offentlig sektor generelt og sykehussektoren spesielt har vært gjenstand for over lengre tid, og på hvilke måter nyere helsereformer kan kobles til New Public Management (NPM).

Kapittel 3 presenterer avhandlingens teoretiske rammeverk. Sentrale teoretiske og analytiske begreper utdypes, slik som adoptering, institusjonalisering, oversettelse og legitimering. Det redegjøres særlig for nyinstitusjonalismen i organisasjonsteorien, spesielt skandinavisk nyinstitusjonalisme.

Kapittel 4 beskriver forskningsdesign og metode. Det redegjøres for hvordan relevante data er samlet inn, behandlet og analysert. Det legges særlig vekt på å belyse gjennomføringen av sykehusstudien, da det er denne som utgjør prosjektets primære studie. Kapitlet avrundes med en vurdering av anvendt datamateriale og forskningsprosessen som helhet.

Kapittel 5 omhandler fremveksten av et ut- og innleiemarked for sykepleiere. Målsettingen er å belyse hvordan et utvalg nøkkelaktører har respondert på og bidratt til fremveksten av dette markedet.

Kapitlene 6, 7 og 8 belyser sykehusets adoptering, oversettelse og legitimering av innleiemodellen, og har følgelig møtet mellom innleiemodellen og casesykehuset som tema. Kapittel 6 og 7 omhandler første del av adopteringsprosessen (våren 2001–våren 2003), mens kapittel 8 tar for seg andre del av prosessen (våren 2003–2006).

Kapittel 6 belyser de første anvendelsene av innleiemodellen, i form av ekstern sykepleieinnleie, ved tre sykehusavdelinger: Intensivavdelingen, Nevrologisk avdeling og Ortopedisk klinikk. Spørsmålet er hvorfor og hvordan den i utgangspunktet så omstridte vikarordningen ble tatt i bruk, og på hvilke måter dette ble forklart og begrunnet.

Kapittel 7 har de personaladministrative oversettelsene og legitimeringene av innleiemodellen i sentrum for oppmerksomheten. Dette er et oversettelses- og legitimeringsarbeid som primært ble utført av Personalavdelingen og som ble påbegynt omtrent samtidig med at de første sykepleierne ble leid inn i sykehuset. Konkret handler arbeidet om etableringen av sykehusets første anbudsbaserte avtale om ekstern sykepleieinnleie og oppstarten av en intern ordning for sykepleieleie. Dette fant sted i løpet av første del av adopteringsprosessen. Samtidig ble det i sykehuset startet opp en ny, myndighetspålagt ledelsesform (enhetlig ledelse), med betydning for hvem det er i organisasjonen som skal ha myndighet til å avgjøre bruken av innleiemodellen på avdelings- og postnivå. I kapittelet gjøres det rede for på hvilke måter enhetlig ledelse ble tatt i bruk ved sykehusavdelingene i utvalget, og hvordan denne ledelsesformen har ført til endringer i sykepleielederens myndighet på bemanningsområdet.

Kapittel 8 tar for seg de måter som innleiemodellen ble anvendt på og forsøkt legitimert i andre del av adopteringsprosessen. Lederne ved sykehusavdelingene hadde på dette tidspunktet fått anledning til å leie inn også interne, sykehusansatte sykepleiervikarer. Kapittelet gir innblikk i bruken og legitimeringen av sykepleieinnleie, i form av ekstern og intern sykepleieinnleie,⁶ ved tre sykehusavdelinger: Nevrologisk avdeling, Nevrokirurgisk avdeling og Psykiatrisk divisjon. Kapittelet diskuterer også Personalavdelingens arbeid for å påvirke og kontrollere bruken av de to formene for sykepleieinnleie i organisasjonen. Det skal med andre ord handle om aktørene ved ulike organisatoriske nivå i sykehuset og om forskjellige organisasjonsinterne oversettelses- og legitimeringsprosesser. Et viktig moment er den prosessuelle forståelsen av oversettelse og legitimering, som ledd i innleiemodellens

⁶ I fortsettelsen vil begrepet *intern innleie* bli brukt synonymt med begrepet *intern sykepleieinnleie*. Likeledes vil begrepet *ekstern innleie* bli brukt synonymt med begrepet *ekstern sykepleieinnleie*.

institusjonalisering i sykehuset. Dette er prosesser hvor både administratorer og fagpersonell opptrer som institusjonelle entreprenører.

Kapittel 9 sammenfatter sentrale poeng og hovedfunn. Med utgangspunkt i avhandlingens tema og problemstillinger løfter jeg frem det jeg mener er de viktigste innsiktene fra studien, og diskuterer studiens teoretiske og forskningsmessige implikasjoner. I tillegg fremsetter jeg noen ideer for videre studier.

Kapittel 2: Det lovmessige grunnlaget for innleiemodellens introduksjon i en reformintensiv sykehussektor

2.1 Innledning

Dette kapittelet gir innsikt i det lovmessige og dermed *regulative* grunnlaget for innleiemodellens introduksjon i norsk sykehussektor, inkludert det *politiske* kompromiss som ga de nødvendige forutsetninger for lovliberaliseringen. Kapittelet gir dernest en kort beskrivelse av den *reforming* som sykehussektoren har vært gjenstand for de siste 10–15 årene. Fremstillingen utdyper forståelsen av NPM som en viktig inspirasjonskilde og fortolkningsramme for deler av reformarbeidet. I likhet med flere helsereformer, har innleiemodellen trekk som kobler den til NPM og den markedsinspirerte styringsdiskursen.

2.2 Innleiemodellens lovmessige grunnlag

1. juli 2000 trådte det i kraft et nytt regelverk for arbeidsleie som gjorde det mulig for vikarbyråer å *leie ut* arbeidstakere innen alle sektorer. Arbeidsgivere fikk mulighet til å *leie inn* arbeidstakere fra vikarbyrå i de tilfeller hvor de har adgang til midlertidig ansettelse etter arbeidsmiljøloven.⁷ Dette betyr bl.a. at arbeids-/vikarinnleie kan benyttes i vikariater som skyldes fravær av ansatte på grunn av sykdom, permisjon, ferie og lignende (Econ Pöyry 2009:11; Nergaard og Svalund 2008:7).

⁷ I regelverket er leie av arbeidstakere regulert slik at adgangen til *utleie* er lovfestet i § 27 arbeidsmarkedsloven (tidligere i sysselsettingsloven), mens arbeidsmiljølovens § 14 inneholder regler om adgangen til *innleie*. Innleie fra virksomheter som har til formål å drive utleie (vikarbyråer m.v.) er tillatt i samme utstrekning som det kan avtales midlertidig ansettelse. Arbeidsmiljølovens § 14-9 angir at en arbeidstaker som hovedregel skal ansettes fast. Avtale om midlertidig ansettelse kan likevel inngås i enkelte tilfeller: a) Når arbeidets karakter tilsier det og arbeidet atskiller seg fra det som ordinært utføres i virksomheten, b) for arbeid i stedet for en annen eller andre (vikariat), c) for praksisarbeid, d) deltaker i arbeidsmarkedtiltak i regi av eller i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten, e) for idrettsutøvere, idrettstrenerne, dommere og andre ledere innen den organiserte idretten. For mer informasjon se: Lov om arbeidsmarkeds tjenester av 10. desember 2004, nr 76 (arbeidsmarkedsloven), og Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. juni 2005, nr. 62 (arbeidsmiljøloven).

2.2.1 Fra politisk *kontrovers* til bredt politisk *flertall* for muliggjøring av all arbeidsleie

Forslaget om å liberalisere regelverket for privat arbeidsformidling og arbeidsutleie ble fremmet av Høyre (H) i oktober 1997.⁸ Formålet var å gjøre det “tillatt å drive med utleie av arbeidskraft” (Dok.nr.8:12, 1997–1998) og å åpne for et større omfang av privat arbeidsformidling (Dok.nr.8:13, 1997–1998). Ifølge forslagsstillerne ville forslaget bidra til et mer fleksibelt arbeidsmarked, og øke både sysselsettingen og tilbudet av arbeidskraft. Dette ble hevdet å være spesielt gunstig for arbeidsgiveres behov for å dekke midlertidige arbeidskraft-behov. Et liberalt regelverk for arbeidsleie ble fremstilt som et tiltak for å bedre den vanskelige personellsituasjonen i helsesektoren, kjennetegnet av en utbredt knapphet på både sykepleiere og leger (Dok.nr.8:12, 1997–1998). Forslaget om mer liberale regler for privat arbeidsformidling ble begrunnet med at “det er godtgjort at privat arbeidsformidling vil bidra til at flere personer kommer i arbeid” (Dok.nr.8:13, 1997–1998). Også i den forbindelse ble forslaget fremmet som et tiltak for å avhjelpe den vanskelige personellsituasjonen i helsevesenet (ibid.).⁹

7. november 1997 avgjorde Stortinget at Høyres lovendringsforslag skulle behandles av kommunalkomiteen, som ga sin innstilling i saken 5. februar året etter. I innstillingen gir komiteens representanter sin støtte til at det bør foretas en *gjennomgang* av regelverket for privat arbeidsformidling og arbeidsutleie. I store trekk var de forskjellige politiske partiene enige om at regelverket ikke var godt nok tilpasset behovene i arbeidslivet. Det var imidlertid uenighet om hvorvidt situasjonen var mest til ulempe for arbeidsgivere eller arbeidstakere. Følgelig var det også uenighet om hvorvidt regelverket primært burde endres på arbeidstakernes eller arbeidsgivernes premisser (Innst.S.nr. 88, 1997–1998).

⁸ Det var tre stortingsrepresentanter fra Høyre (Jan Petersen, Erna Solberg og Sverre J. Hoddevik) som fremmet forslaget, noe som ble gjort i form av to såkalte dokument 8-forslag.

⁹ I 1997, da det aktuelle lovliberaliseringsforslaget ble fremmet for Stortinget, hadde 57,6 prosent av virksomhetene innenfor helse- og velferdssektoren rekrutterings- og bemanningsproblemer (St.meld.nr. 1, 1997–1998, delkap. 2.6). I 1998 og 1999 ble antall ledige stillinger innen sykepleie og annet pleiearbeid anslått for å være over 3000 på landsbasis (St.meld.nr. 1, 1998–1999, delkap. 2.6; St.meld.nr. 1, 1999–2000, delkap. 2.6). Det som ofte refereres til som *sykepleiemangel* kjennetegnes av at det i arbeidsmarkedet er større etterspørsel enn tilbud av sykepleiekompetanse. Ulike kilder angir at det til enhver tid er flere tusen sykepleiestillinger som står ledige. Hvor mange det er snakk om varierer fra om lag 2650 til 7200. Variasjonen kommer trolig av ulike definisjoner av ubesatte stillinger, og typen kartlegginger som er utført (ECON 1999, 2002). Som enkelte har påpekt er det sannsynligvis ikke slik at det i Norge er utdannet for få sykepleiere. Problemet er snarere “at mange av dem som er utdannet som sykepleiere, ikke arbeider i yrket sitt, eller at de som er i yrket, arbeider redusert tid” (Askildsen og Holmås 2001:63).

Som ledd i kommunalkomiteens behandling av lovendringsforslaget, ble Arbeids- og administrasjonsdepartementet (AAD) – ved statsråd Elbjørg Løwer (V) – bedt om å gi sin *vurdering* av regelverket, og en vurdering av hvorvidt regelverket kunne og burde endres. Av vurderingen, som ble oversendt komiteen i januar 1998, fremgår det at departementet mente at det var nødvendig med en gjennomgang av regelverket. Det ble bl.a. stilt spørsmål ved om de måter som arbeidsutleie var regulert på, var hensiktsmessige. AAD brakte videre på banen et inntil da ukjent argument *for* en kraftig liberalisering av regelverket; en ILO-konvensjon vedtatt i 1997 (nr. 181) som tilsier at privat arbeidsformidling og arbeidsutleie som hovedregel skal være tillatt.¹⁰ Ifølge AAD var det behov for en særlig vurdering av hva som måtte til av regelendringer for at Norge skulle kunne ratifisere denne ILO-konvensjonen (Innst.S.nr. 88, 1997–1998, vedlegg. Se også Innst.S.nr. 17, 1998–1999, NOU 1998:15, St.prp.nr. 66, 1997–1998).¹¹

Kommunalkomiteens innstilling ble debattert i Stortinget 19. februar 1998.¹² Debatten bekreftet at det var bred politisk enighet om at det burde foretas en *utredning* som kunne angi nødvendige *oppdateringer* og eventuelle *forbedringer* av regelverket for privat arbeidsformidling og arbeidsutleie. I forlengelsen av debatten oppnevnte regjeringen et utvalg som fikk i oppdrag å utrede og vurdere lovområdene. Utvalget, som fikk navnet Blaalidutvalget, overleverte sin vurdering til AAD i september 1998. Vurderingen ble siden utgitt som NOU (1998:15): *Arbeidsformidling og arbeidsleie*. Blaalidutvalget konkluderte med at det var flere forhold som tilsa at det eksisterende regelverket ikke fungerte tilfredsstillende og av den grunn burde endres. Utvalget så ingen tungtveiende grunner for å opprettholde forbudet mot privat kommersiell *arbeidsformidling*, og foreslo derfor å oppheve dette (sysselsettingsloven §

¹⁰ ILO (The International Labour Organization) har stått for en rekke anbefalinger om hvordan enkeltstater bør forholde seg på ulike områder (Storeng, Beck og Lund 2003). ILO-konvensjon nr. 181 ble vedtatt på ILOs arbeidskonferanse i Genève, 3.–19. juni 1997. Vedtaket hadde grunnlag i drøftinger som fant sted på ILOs arbeidskonferanse i 1994, som avdekket at flere deltakerland mente det var behov for å revidere den daværende konvensjonen for arbeidsformidling; ILO-konvensjon nr. 96. Denne konvensjonen ble ikke lenger regnet for å være tidsmessig korrekt, men derimot for å være umoderne og gammeldags. Et overveldende flertall av deltakerlandene ønsket å avskaffe forbudet mot privat arbeidsformidling. Dette la grunnlaget for avgjørelsen om å gjøre revisjon av ILO-konvensjon nr. 96 til en egen sak på ILOs arbeidskonferanse i 1997 (Innst.S.nr. 17, 1998–1999; NOU 1998:15; St.prp.nr. 66, 1997–1998). For informasjon om ILOs syn på vikarbyråer, henholdsvis konvensjon nr. 96 og nr. 181, se kapittel 3 i rapporten *Vikarbyrådirektivet – fra vondt til verre?* av Roar Eilertsen og Stein Stugu (2010a).

¹¹ AADs vurdering, datert 16. januar 1998, er tatt inn som vedlegg til kommunalkomiteens innstilling (Innst.S.nr. 88, 1997–1998).

¹² Stortinget, 19.02.1998. Sak nr. 1: *Innstilling fra kommunalkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Jan Petersen, Erna Solberg og Sverre J. Hoddevik om 1. Endring i sysselsettingsloven slik at det uttrykkelig blir tillatt å drive med utleie av arbeidskraft og 2. Endring av sysselsettingsloven slik at det i større grad blir tillatt å drive privat arbeidsformidling.*

26). Når det gjaldt reglene for *arbeidsleie*, mente utvalget at regelverket hadde flere svakheter. For det første bar lovteksten til dels preg av å være utformet for et arbeids- og næringsliv som på flere punkter var forskjellig fra dagens. For det andre var loven vanskelig å tolke og håndheve, noe som gjorde den uklar for arbeidsmarkedets aktører. Utvalget gikk inn for en kraftig liberalisering av regelverket, som bl.a. innebar å oppheve forbudet mot utleie av arbeidskraft (sysselsettingsloven § 27). Reguleringen av *utleie* av arbeidskraft ble foreslått erstattet med en regulering av adgangen til *innleie* av arbeidskraft. Tanken var at arbeidsutleie skulle være tillatt i alle bransjer og innenfor alle yrker, mens arbeidsinnleie fra vikarbyrå skulle være mulig i de tilfeller der det etter arbeidsmiljøloven er adgang til midlertidig ansettelse.¹³ På den måten skulle innleievirksomheten få ansvaret for at regelverket ble overholdt. I tillegg ble det foreslått å innføre “en bestemmelse som gir departementet adgang til å forby innleie av arbeidstakergrupper når det finner at viktige samfunnshensyn tilsier det”. Det ble angitt at et slikt unntak kunne gjelde “enkelte yrkesgrupper eller bransjer hvor det i dag er stor knapphet på arbeidskraft, for eksempel innen helsesektoren” (NOU 1998:15, delkap.1.3). I forhold til spørsmålet om hvilke regelendringer som måtte gjøres for at Norge skulle kunne godkjenne ILO-konvensjon 181, konkluderte Blaaidutvalget med at både § 26 og § 27 i sysselsettingsloven måtte oppheves. Ifølge utvalget var det videre nødvendig å liberalisere regelverket av hensyn til Norges forpliktelser etter EØS-avtalen. Reglene om privat arbeidsformidling ble for eksempel hevdet å kunne være i strid med EUs konkurranseregler.¹⁴

Blaaidutvalgets utredning ble sendt på *høring*, og høringsrunden avdekket at det var vanskelig å forene de sentrale partene i arbeidslivet. Arbeidstakersiden og deler av arbeidsgiversiden hadde til dels motstridende og kritiske oppfatninger av hvorvidt utvalgets forslag ville ivareta arbeidsgivernes behov for fleksibilitet og arbeidstakernes rettigheter. Etter at høringsinstansene hadde kommet med sine uttalelser, la Bondevik 1-regjeringen (ved AAD) frem forslag til et regelverk hvor både privat arbeidsformidling og arbeidsutleie var *lovlige* aktiviteter (Ot.prp.nr. 70, 1998–1999).¹⁵

¹³ Forslaget innebar at reguleringen av arbeidsleie ble flyttet fra sysselsettingsloven til arbeidsmiljøloven, og at en tilsvarende bestemmelse ble tatt inn i tjenestemannsloven.

¹⁴ Blaaidutvalget engasjerte et advokatfirma for 1) å utrede “hvilke endringer i det norske regelverket som er nødvendige for at Norge skal kunne ratifisere ILO-konvensjon nr. 181” og 2) “vurdere i hvilken utstrekning den seneste utvikling i EF-domstolens praksis påvirker Norges forpliktelser etter EØS-avtalen med hensyn til nasjonal lovgivning om arbeidsformidling og arbeidsutleie” (NOU 1998:15, delkap. 7.1).

¹⁵ Forslaget, samt enkelte andre endringer i sysselsettingsloven, ble presentert av daværende AAD-statsråd Laila Dávøy (KrF) 21. mai 1999 og godkjent i statsråd samme dag (AAD 19.05.1999; AAD 21.05.1999).

Forslaget var i hovedsak sammenfallende med Blaalidutvalgets anbefalinger. Tre store endringer ble foreslått:

- 1) Sysselsettingsloven § 26 ble foreslått endret slik at privat arbeidsformidling ble tillatt, men på en slik måte at departementet får fullmakt til å sette vilkår for organiseringen av private arbeidsformidlingsfirmaer.
- 2) Sysselsettingsloven § 27 ble foreslått endret, slik at utleie av arbeidskraft ble tillatt.
- 3) Innleie av arbeidskraft ble foreslått tillatt i de tilfeller hvor loven gir adgang til midlertidig ansettelse.

Ifølge AAD burde det innføres en bestemmelse som ga departementet myndighet til å forby innleie på bestemte områder eller av bestemte yrkes-/arbeidstakergrupper, dersom viktige samfunnshensyn tilsier at det er hensiktsmessig. AAD anbefalte at det ble nedlagt et *forbud* mot innleie av de former for helsepersonell som det var underskudd på i helsesektoren. Begrunnelsen var at det i en situasjon med knapphet på bl.a. sykepleiere vil være uheldig med en generell adgang til arbeidsinnleie. Regjeringen fryktet at en adgang til sykepleieinnleie, i en situasjon med sykepleiemangel, ville “kunne føre til et betydelig kostnadspress” og et “dårligere helsetilbud”. Et forbud mot sykepleieinnleie ble videre ansett som et tiltak for å hindre at sykepleiere i det offentlige helsevesenet, sluttet i sine stillinger for å begynne som (bedre betalte) byråvikarer, som det offentlige deretter ville måtte leie inn for å utføre samme arbeid som tidligere (til en høyere pris).¹⁶

I debatten om regjeringens forslag til nytt regelverk, ble det klart at regelverket ville bli forankret i et *kompromiss* mellom Ap og regjeringspartiene (KrF, SP og V). Samarbeidet bidro til at det ikke ble noe av regjeringens forslag om et forbud mot ut- og innleie av helsepersonell. Slik Ap vurderte situasjonen var det nemlig ikke grunnlag for å hevde at rekrutterings- og bemanningssituasjonen i helsevesenet tilsa at et slikt forbud var på sin plass. Ap stilte seg spørrende til om sykepleieinnleie var en økonomisk sett dyrere ordning for helsesektoren enn de ordninger som alt ble brukt for å få bemanningskabalene til å gå opp (overtid m.m.). Brustad gjorde eksempelvis et nummer av at det langt fra er sikkert at bruken av innleide sykepleiere alltid vil være det dyreste alternativet:

¹⁶ Argumentasjonen fremgår bl.a. av et skriftlig svar fra AAD-statsråd Dāvøy til stortingsrepresentant Sylvia Brustad, om regjeringens forslag om å unnta helsesektoren fra de foreslåtte reglene for arbeidsleie (Ot.prp.nr. 70, 1998–1999, punkt 6.3.2.4). Svaret er tatt inn i kommunalkomiteens innstilling til denne odelstingsproposisjonen (Innst.O.nr. 34, 1999–2000, vedlegg 1). Et annet forslag fra AAD, som det er verdt å merke seg, gjelder *opprettelsen av et statlig utleiebyrå* (Ot.prp.nr. 70, 1998–1999). Blant Blaalidutvalgets medlemmer fikk denne ordningen støtte hos et mindretall: YS, AF og LO (NOU 1998:15, s. 112). Dette var en ordning Ap fremmet i den politiske behandlingen av lovendringsforslaget fra Høyre.

[D]et er interessant å merke seg at en del sjukehus mener det er billigere å leie inn f.eks. sykepleiere enn å la de som er ansatt der, jobbe enda mer overtid. Så når det hevdes at det alltid er dyrere å leie inn, holder ikke det argumentet vann. Det er et argument som er brukt for å unnta deler av helse-sektoren fra regelen om arbeidsleie (Brustad, Ap, Odelstinget 17.12.1999).

Ifølge Brustad og Ap var det viktig å ha tiltro til at arbeidsgiverne i helsesektoren selv er i stand til å avgjøre om sykepleieinnleie bør benyttes eller ikke (ibid.). Momentet var som hentet ut fra argumentasjonen til H og FrP, som gjennom flere år hadde kjempet for å mulig-jøre sykepleieleie som ordning. H og FrP var lenge alene om å betrakte den vanskelige rekrutterings- og bemanningssituasjonen i helsesektoren som et argument *for* å liberalisere det aktuelle regelverket (Innst.S.nr. 88, 1997–1998). De to partiene var kritiske til å gi AAD fullmakt til å unnta enkelte yrkesgrupper fra arbeidsleie, og fryktet at en slik fullmakt ville bli brukt for å begrense bruken av sykepleieinnleie. Eksempelvis hadde AAD-statsråd Dāvøy uttrykt at det var ønskelig med et slikt forbud (Innst.O.nr. 34, 1999–2000. Se også Ot.prp.nr. 70, 1998–1999, punkt 6.3.2.4).

De nye reglene for privat arbeidsformidling og arbeidsleie ble vedtatt i desember 1999, på tampen av forrige årtusen.¹⁷ Knappe tre måneder senere uttalte Dāvøy at det fortsatt ikke var bestemt om det var grunnlag for et midlertidig forbud mot innleie av enkelte typer helse-personell (Stortinget: Spørretime, 1. mars 2000). Samme måned som Dāvøy kom med denne uttalelsen, gikk hun og resten av Bondevik 1-regjeringen av som følge av å ha stilt kabinett-spørsmål og fått flertall mot seg i Stortinget.¹⁸ Samme dag ble Jens Stoltenbergs første regjering utnevnt. Med ny regjering på plass, ble regelverket for arbeidsleie iverksatt *uten* noen som helst begrensninger i forhold til hvilke yrkes- og arbeidstakergrupper som kan leies inn. Siden 1. juli 2000, har det dermed vært fritt frem for innleie av alle former for helse-personell (Besl.O.nr. 47, 1999–2000. Se også St.meld.nr. 1, 2000–2001, boks 3.7).¹⁹

¹⁷ Odelstingets vedtak til lov om endringer, i henholdsvis arbeidsmiljøloven, tjenestemannsloven og sysselsettingsloven, ble fattet 17.12.1999. Noen dager senere ble vedtaket bifalt i Lagtinget (Lagtinget, 20.12.1999. Se også Besl.O.nr. 47, 1999–2000).

¹⁸ Etter å ha stilt kabinettspørsmål, og fått flertall mot seg i Stortinget, søkte Bondevik 1-regjeringen avskjed 10. mars 2000. Søknaden ble innvilget 17. mars samme år.

¹⁹ Det kan her med fordel nevnes at Norge valgte å si opp ILO-konvensjon nr. 96 i forbindelse med liberaliseringen av reglene for arbeidsleie, noe som fikk virkning fra 2002. Likevel har ikke Norge valgt å ratifisere ILO-konvensjon nr. 181. Forklaringen er trolig stor usikkerhet om ikke selv de nye, liberaliserte reglene for arbeidsleie er for restriktive i forhold til konvensjonens ordlyd. Det er sannsynlig at det er restriksjonene på bruk av arbeids-/vikarinnleie som er årsaken til Norges manglende ratifikasjon av ILO-konvensjon nr. 181 (Eilertsen og Stugu 2010a:27–28. Se også Ot.prp.nr. 70, 1998–1999, delkap. 8.2).

Få sektorer i samfunnet er så avhengig av sitt personale som nettopp helsesektoren. Nær sagt all undersøkelse, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg består i menneskelig innsats. Derfor er helsetjenesten så sårbar for svingninger i personelldekningen og av personalets kvalifikasjoner. Uten nok leger, sykepleiere, hjelpepleiere og andre fagpersoner, får ikke pasientene den behandling de trenger og har krav på. Utslagene av underbemanning kan bli dramatiske (Sosial- og helsedepartementet 1998, kap. 1). I tillegg til å være en viktig grunn for at regelverket for privat arbeidsformidling og arbeidsleie ble liberalisert, var rekrutterings- og bemanningsproblemene i helsesektoren en viktig årsak til at norske sykehus begynte med sykepleieinnleie. Omtrent samtidig som sykehusene begynte med ordningen, var de gjenstand for en rekke reformer.

2.3 Sykehussektoren som *reformintensivt* felt

En viktig fortolkningsramme for å forstå fremveksten av innleiemodellens introduksjon i sykehussektoren, er den *reforming* som offentlig sektor generelt, og denne sektoren spesielt, har vært gjenstand for siden midten av 1990-tallet. En rekke begreper er blitt brukt for å beskrive forandringsprosessen. Lenge ble reformer som har til hensikt å effektivisere offentlig sektor i en liberalistisk ånd, omtalt som *modernisering* (Klausen 2005:56). Etter hvert er det blitt vanligere å bruke NPM som en betegnelse på (ny)liberalistiske reformer, som har markedsprinsipper og private organisasjonsformer som ideal (ibid.:55–56; Hood 1991; Røvik 2007:34; Vrangbæk 2001:33). Typiske NPM-elementer er konkurranse og privatisering, effektivitet, mål- og resultatstyring, strukturell (vertikal) fristilling, profesjonell ledelse og en sterk service-/klientorientering (Christensen et al. 2004:137–139; Johnstad, Klausen og Mønnesland 2003:2; Vabø 2007:51–58; Vrangbæk 2001:40–41).²⁰

Flere av de siste årenes forandringsimpulser i sykehussektoren har hentet legitimitet i den markedsbaserte rasjonalitetsform og kan kobles til et eller flere NPM-elementer. Dette gjelder bl.a. innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF-systemet), fritt sykehusvalg, helseforetaks-

²⁰ Siden midten av 1980-tallet har det i Norge blitt lansert en rekke politisk initierte moderniseringsprogrammer. Først ut var Kåre Willochs koalisjonsregjering i 1986 med reformprogrammet *Aksjon Publikum* (Valstad 2004:15; Vanebo 2005:262). Etter dette har en rekke regjeringer fulgt opp med egne programmer for hvordan offentlig sektor bør moderniseres. Moderniseringsprogrammene gjør det åpenbart at modernisering er blitt en prioritert og nærmest uavbrutt oppgave for politikerne. I 2004 ble det da også opprettet et eget Moderniseringsdepartement, som senere er blitt omdøpt til Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet. Modernisering av offentlig sektor fremstår som en kontinuerlig prosess, hvor utgangspunktet ser ut til å være at dette er en sektor som stadig kan forbedres og at dette er en viktig politisk oppgave (Regjeringens nettside, udatert).

reformen og enhetlig ledelse (Vrangbæk 2001:39–41). Også innleiemodellen har trekk som gjør det nærliggende å koble den til NPM. Modellen har eksempelvis koblinger til elementer som konkurranse, effektivitet, privatisering og markedsorientering.

2.3.1 NPM som viktig forståelsesramme i reformarbeidet

Det er vanlig å koble NPM til to typer argumentasjoner. Den første er av *økonomisk* karakter, og bygger på en markedsmessig styringslogikk og en liberalistisk markedsorientering i og av det offentlige. Sentrale elementer er privatisering, konkurranseutsetting, brukerbetaling og ulike former for offentlig-privat samarbeid. Den andre er en *ledelses- og organisasjonsmessig* argumentasjon, som fremmer forestillingen om at det offentlige med fordel bør bruke ledelses- og organisasjonsprinsipper som bygger på ideer om profesjonell ledelse. Eksempler på slike prinsipper er strategisk ledelse, total kvalitetsledelse, teamledelse og målstyring (Klausen 2005:57–58; Vabø 2007:51–65). Moderniseringen av norsk helse- og sykehussektor bærer preg av begge argumentasjoner.

Frem til midten av 1990-tallet var Norge å anse som en *nølende reformator* hva angår implementeringen av NPM-oppskrifter. Dette har sammenheng med flere forhold. Et forhold er at det i Norge har vært lite diskusjon om hvorvidt utdanning, helse og velferd skal være offentlige tjenester eller ikke. Den offentlige sektor i Norge har ikke gjennomgått noen legitimitetskrise i forhold til dette spørsmålet. Av betydning er også det faktum at verken den politisk-administrative strukturen eller den kulturelle tradisjonen i Norge harmonerer med innholdet i NPM (Christensen og Lægreid 2001; Christensen, Lægreid og Wise 2002; Mellemvik og Pettersen 1998; Olsen 1993:25). På bakgrunn av den reformering som har funnet sted i sektoren siden midten av 1990-tallet, fremstår Norge som en *ivrig reformator* (Christensen og Lægreid 2001:74, 91; Ramsdal og Skorstad 2004:32). I sykehussektoren er det især helseforetaksreformen som har bidratt i så måte, en reform som er blitt beskrevet som en big-bang-reform. Betegnelsen viser til at reformen er svært omfattende og ble gjennomført så raskt at den best kan sammenliknes med reformene i New Zealand og Storbritannia på begynnelsen av 1990-tallet (Byrkjeflot og Grønlie 2004:2; Byrkjeflot og Jespersen 2005:11–12; Byrkjeflot og Neby 2005:47).

2.3.2 Reformiver i norsk helse- og sykehussektor

I sykehusene var reformaktiviteten spesielt høy i årene 1997–2003, da flere store reformer ble lansert (Lian 2007:85; Pettersen 2005:207). I 1997 ble *innsatsstyrt finansiering (ISF)* innført for de somatiske sykehusene. Ordningen går ut på at sykehusenes inntekter ikke utelukkende skal komme som en generell rammefinansiering, men også være knyttet til sykehusenes produksjon per år. Ved å endre finansieringssystem hadde myndighetene ambisjoner om å øke antall behandlede pasienter på en effektiv måte. I første omgang var 30 prosent av sykehusenes inntekter basert på et stykkprisbasert finansieringssystem, mens 70 prosent fortsatt kom som en generell rammefinansiering. Deretter økte stykkprisandelen jevnt frem til 2003, da den stanset på 60 prosent. I 2006 gikk den så ned igjen til 40 prosent (Eilertsen 2003; Lian 2003, 2007; Pettersen 2005; Piro 2004).²¹

1. januar 2001 ble prinsippet om *fritt sykehusvalg*, med visse begrensninger, innført som en lovfestet pasientrettighet med iverksettelsen av den nye pasientrettighetsloven. Her står det: “Pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus eller distriktpspsykiatriske senter behandlingen skal foretas” (Lov om pasientrettigheter mv. av 2. juli 1999 nr. 63, § 2–4). Ordningen er ment å styrke pasientenes rettigheter i helsevesenet gjennom å gi dem større likhet og tilgang til sykehustjenester (Kjekshus 2003:451; Mathiesen 2002:12). Samtidig er ordningen med på å befeste markedsmekanismene i helsemarkedet, på den måten at sykehusene må konkurrere om pasienter og derfor tilpasse seg en situasjon hvor noen pasienter velges bort, mens andre pasienter prioriteres (Eilertsen 2003:23; Mathiesen 2002:13. Se også Christensen og Lægreid 2001:89, Hagen og Kjerstad 2001:174).

1. januar 2001 trådte det også i kraft en ny spesialisthelsetjenestelov, som bl.a. innebar at sykehusene skulle iverksette en ledelsesform kalt *enhetlig ledelse* (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61; Ot.prp.nr. 10 1998–1999. Se også Helsedepartementet

²¹ Stykkprisdelen i ISF baserer seg på det såkalte *DRG-systemet* (Diagnose Relaterte Grupper). Systemet bygger på at alle sykehusopphold plasseres i en diagnosegruppe, inndelt på bakgrunn av operasjonskoder, utskrivningsdiagnose, bidiagnoser, alder og kjønn. Behandlinger plassert i en bestemt DRG-gruppe kvalifiserer til et visst antall DRG-poeng for det behandelende sykehuset. Gjennom beregning av slike poeng i løpet av en periode blir det mulig å spesifisere sykehusenes aktivitet. Ved å knytte poengene opp til ressursforbruk i den samme perioden er det videre mulig å beregne en indikator for produktivitetsnivå. Dette åpner for sammenlikninger mellom sykehusene (Eilertsen 2003:53–54; Pettersen 2005:215). For informasjon om tidligere finansieringssystemer, og bakgrunnen for innføringen av det stykkprisbaserte finansieringssystemet, se: Dalen, Grytten og Sørensen (2002); Lian (1994, 2003); NOU (1987:25).

2002).²² Ordningen går ut på at det på samtlige organisatoriske nivå i sykehus skal være *en* ansvarlig leder, som har det overordnede og helhetlige ansvaret (totalansvaret). Lederen skal ha ledelse som sin hovedaktivitet; ikke medisinskfaglige eller kliniske aktiviteter. Lederstillingen skal være profesjonsnøytral. Ideen om enhetlig ledelse har klare referanser til hvordan ledelse forstås innenfor NPM-diskursen. Enhetlig ledelse kan for eksempel regnes for å være en konkretisering av moderne “management” eller “managerialism”, slik dette er fundert på en idé om profesjonell bedriftsledelse (Clarke og Newman 1997; Mo 2006:78–79; Vabø 2007:57). En norsk doktoravhandling fra 2006, fastslår at enhetlig ledelse er å anse som “et uttrykk for hvordan en NPM-inspirert ledelsesforståelse kommer inn i norske sykehus” (Mo 2006:78). En norsk doktoravhandling fra 2009, slår samstemmende fast at det er “stor grad av enighet blant forskere at reformen om enhetlig ledelse er inspirert av NPM tankegangen” (Johansen 2009:20).

Helseforetaksreformen kom i 2002.²³ Reformen innebar, for det første, at eieransvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført til staten, og, for det andre, at sykehusene gikk fra å være forvaltningsorganer til å bli fristilte foretak. Reformen består altså både av et element av *desentralisering*, av beslutningsmyndighet, og et element av *sentralisering*, siden den innebar at staten overtok eieransvaret for sykehusene og resten av virksomhetene innenfor spesialisthelsetjenesten. Ved oppstarten av reformen ble det opprettet fem regionale helseforetak, som fikk ansvaret for å sørge for at befolkningen i deres helseregion ble tilbudt nødvendige helse-tjenester (Innst.O.nr. 118, 2000–2001; Lian 2003:82–84; Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr. 93; Læg Reid et al. 2005:20).²⁴

De reformene som det er redegjort for her, ble alle lansert og forsøkt implementert innenfor et kort tidsrom. I samme tidsrom ble sykehusene introdusert for innleiemodellen, som en ny bemanningsoppskrift. For de som har sitt arbeid og sin arbeidsplass i sykehusene, må det

²² For informasjon om bakgrunnen for vedtaket om å innføre enhetlig ledelse i sykehus, og viktige sider ved gjennomføringen av denne ledelsesreformen, se Bakke (2002), Gjerberg & Sørensen (2006a, 2006b), Husom (2002), Johansen (2005, 2008, 2009), Mo (2006), NOU (1997:2) og Skaset (2003).

²³ Reformen omtales også som *sykehusreformen* (Askildsen, Holmås og Kaarbø 2007; Læg Reid, Opedal og Stigen 2005; Pettersen 2001), *helsereformen* (Kjekshus 2003), *eierskapsreformen* (Kjekshus 2005; Pettersen 2005) og *foretaksreformen* (Dahle og Kvamme 2005:6; Lian 2007).

²⁴ I januar 2007 ble det klart at regjeringen hadde bestemt at Helse Øst og Helse Sør skulle slås sammen til et helseforetak; Helse Sør-Øst RHF (Helse- og omsorgsdepartementet 31.01.2007. Se også NTB 31.01.2007: *Helse Sør og Helse Øst går sammen*). Følgende utgivelser/dokumenter gir informasjon om prosessen bak og innholdet i helseforetaksreformen: Eilertsen (2003); Innst.O.nr. 118 (2000–2001); NOU (1987:25); NOU (1989:5); NOU (1996:5); NOU (1997:2); NOU (1999:15); Ot.prp.nr. 66 (2000–2001); Skaset (2003); Sosialdepartementet (1990); Stigen (2005); Vareide (2001).

nærmest ha blitt en vane å skulle håndtere flere *samtidige* forandringer. Gjentatte ganger har de fått krav på seg om å ta i bruk nye og gjerne tidstypiske måter å organisere, lede og arbeide på. Det nye, i form av en ny modell eller oppskrift, kommer ikke ufortolket inn i sykehuset og dermed i de lokale kontekster, hvor de er ment å erstatte det som er gammelt og velkjent. I praksis handler det derimot om at nye og gamle måter å organisere, lede og arbeide på *blandes* sammen, og at det som er nytt blir fortolket og tilpasset av mottakerne. Siden sykehusene har vært gjenstand for flere – og mer eller mindre samtidige – endringsforsøk, vil nær sagt enhver sykehusavdeling måtte forholde seg til den utfordring som det er å skulle tilpasse *flere* nye modeller/opskrifter til det som allerede finnes av rutiner og ordninger (Sahlin-Andersson 2003:230; Vabø 2007:9, 189).

I min studie er det innleiemodellen som representerer *det nye*, mens allerede etablerte vikar- og bemanningspraksiser representerer *det gamle* for sykehusets aktører. Hvilket teoretisk og metodisk rammeverk jeg har benyttet meg av for å studere innleiemodellens introduksjon, anvendelse og bearbeidelse i sykehusorganisasjonen, er tema for de neste to kapitlene.

Kapittel 3: Teoretisk rammeverk

3.1 Innledning

Kapittelet innledes med en gjennomgang av begrepene institusjon, institusjonalisering, legitimitet og legitimering som alle står sentralt innenfor det (ny)institusjonelle perspektivet i organisasjonsteori og -sociologi. Med utgangspunkt i Scott (2001) legges det til grunn at institusjoner består av regulative, normative og kulturelt-kognitive komponenter, som tilrettelegger for hver deres legitimitetsbase. I samsvar med Mark C. Suchmans (1995) definisjon av legitimitet, skilles det mellom en moralsk, en kognitiv og en pragmatisk legitimitetsform. Deretter følger en gjennomgang av det nyinstitusjonelle perspektivet, med særlig vekt på å belyse trekk ved den skandinaviske nyinstitusjonalismen; som er den forskningstradisjon som avhandlingen især knytter seg til.

3.2 Institusjon og institusjonalisering

Institusjon er et begrep som brukes på flere forskjellige måter innen institusjonell teori, blant forskere generelt og i dagligspråket (Czarniawska 2008:769–770). Blant sosiologer forstås institusjoner vanligvis som organiserte, etablerte prosedyrer eller handlingsmønstre (Jepperson 1991:143). Skandinaviske og amerikanske nyinstitusjonalister er samstemte i synet på institusjoner som sosiale konstruksjoner eller strukturer. Institusjoner oppfattes som noe vi mennesker har skapt og kontinuerlig rekonstruerer (Eriksson-Zetterquist, Kalling og Styhre 2005:270; Johansson 2002:133).

3.2.1 Scotts tre institusjonspilarer

Basert på en gjennomgang av institusjonelle teorier innen organisasjonsanalysen, har Scott utviklet en definisjon av institusjonsbegrepet som tar mål av seg til å romme de fleste av samtidens oppfatninger av begrepet: “Institutions are composed of cultural-cognitive, normative, and regulative elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life” (2001:48). Scott hevder altså at institusjoner er knyttet til kognitive, normative og regulative mekanismer. Institusjonelle forhold kan følgelig identifiseres og studeres gjennom disse dimensjonene. Ulike teori- og forskningstradisjoner

lar disse tre *institusjonspilarene* få forskjellig grad av betydning. I videste forstand er alle forskere med tilknytning til institusjonell teori bevisst at institusjoner begrenser og regulerer atferd (ibid.:51).

Den *regulative* pilaren betoner konformitet til *regler* og, om nødvendig, utøvelsen av belønning og straff (Scott et al. 2000:238). De som interesserer seg for denne institusjonspilaren har lover, regler, avtaleinngåelse og sanksjonering som hovedinteresse. Denne typen studier finnes særlig innenfor fag som juss og økonomi. Den *normative* pilaren legger vekt på betydningen av kollektive *verdier* og *normer*. Forskere som har en slik orientering til studiet av institusjoner er opptatt av verdier, autoritetssystemer og konformitet. Det sosiale livet tenkes styrt av forestillinger om hvilke mål som *bør* etterstrebes og hvordan ting *bør* være. Av betydning er også forestillinger om hvilke virkemidler som fremstår som legitime (Scott 2001:51–55). Den *kulturelt-kognitive* pilaren vektlegger konsistensen mellom kulturelt-kognitive skjema og modeller (Scott et al. 2000:238). Forskere med dette utgangspunktet er opptatt av de *tankemønstre* og *meningsdannende* prosesser som fører til institusjonalisert atferd. Tanken er at man handler på grunnlag av innarbeidete tankemønstre som gir føringer for hva som *oppfattes som mulig* å gjøre. Den enkeltes *overveielser* om muligheten for å endre institusjonaliserte vaner og rutiner foregår i en løpende prosess. Overveielsene kan forstås som *fortolkninger* av de situasjoner som man til enhver tid står overfor.

3.2.2 March og Olsens begrep “logic of appropriateness”

Med begrepet *logikken om det passende* har James G. March og Johan P. Olsen (1995:30–31, 2004:3) utviklet et perspektiv som fanger opp *både* kognitive og normative elementer. Argumentet er at en person, basert på en slik logikk, vil handle ut fra *erfaringer* om hva som har fungert godt tidligere for han/henne. Dette angir den *kognitive* prosessen som det å handle korrekt i en situasjon innebærer. Samtidig kan handlinger være basert på rolleforventninger og *normative* definisjoner av rolle. I så tilfelle vil handlingene være styrt av normative verdier og regler. Ifølge March og Olsen (1995:30) viser begrepet “appropriateness” til “a match of behavior to a situation”. Eksempelvis ser profesjonelle aktører, slik som sykepleiere og leger, ofte ut til å holde fast ved normative standarder som er utarbeidet av deres respektive profesjon. Slike standarder kan medlemmene av en profesjon oppleve som så forpliktende at de handler på tvers av eventuelle regelbaserte forventninger (Scott 2001:61).

3.2.3 Berger og Luckmanns sosialkonstruktivisme

Med sitt syn på institusjoner, som *kognitivt* grunnede tolknings- og handlingsmønstre, har Peter L. Berger og Thomas Luckmann (2000) inspirert mange nyinstitusjonelle teoretikere, deriblant flere skandinaviske nyinstitusjonalister. Berger og Luckmann har utviklet et begrepsmessig rammeverk som er ment å muliggjøre en analyse av den sosiale konstruksjon av hverdagslivets rutiner, vaner og institusjoner. Grunnsynet er at samfunnet og dets institusjoner er et produkt av tilbakevendende handlingsmønstre, og de betydninger som samfunnsmedlemmene tillegger disse. Begrepet *institusjonalisering* brukes for å vise til den prosess som foregår når vi mennesker skaper de samfunnsmessige betingelser som vi lever under. Institusjonaliseringen har sin opprinnelse i *vanedannelsen*, i form av handlinger som gjentas så ofte at de tilpasses et mønster som etter hvert kan reproduseres uten særlige anstrengelser. Slik Berger og Luckmann ser det, vil betydningen av vanemessige handlinger nedfelles som *rutiner* i ens “generelle lager av kunnskap”, og bli tatt-for-gitt som noe en kan bruke i fremtidige prosjekter. Vanedannelsen innsnevrer valgene ved å “frigjør[e] individet fra byrden av ‘alle avgjørelsene’ som må tas, og gir det en psykologisk lettelse som har sitt grunnlag i menneskets ikke-målrettede, instinktive struktur” (2000:69). Vanedannelsen gjør det således unødvendig å definere hver enkelt situasjon på nytt, noe som betyr at den menneskelige aktiviteten kan utføres med et minimum av beslutninger. Slike vanedannelsesprosesser går forut for all institusjonalisering, forstått som det som “skjer når forskjellige aktører gjensidig deler vanemessige handlinger inn i typer” (2000:70). Typeinndelingene fremstår som *institusjoner*, og dermed som noe medlemmene av en bestemt sosial gruppe har felles (ibid.). I de tilfeller hvor vanedannelse fører til at vi bygger opp stabile oppfatninger om og forventninger til hverandre, har vi altså “de første spirer til institusjoners fremvekst” (Rossvær 1985:234).

Selv om den institusjonelle verden er et produkt av sosial interaksjon mellom mennesker må den *legitimeres*. Institusjoner rettferdiggjøres ved hjelp av “forskjellige legitimerende formler” som, hvis de skal føre frem, må være “konsekvente og dekkende for den institusjonelle orden” (Berger og Luckmann 2000:76). Den voksende institusjonelle orden vil som følge av dette utvikle en tilsvarende *legitimeringshimmel* som strekker seg, billedlig fortalt, over den institusjonelle orden som et beskyttende dekke av både normative og kognitive tolkninger (ibid.:76–77).

3.3 Legitimitet og legitimering

Legitimitet er et sentralt begrep i institusjonell teori. Selv om begrepet kan dateres tilbake til selve oppstarten av organisasjonsteori, var forskningen som ble gjort på området, lenge svært fragmentert på tvers av en rekke områder innenfor samfunnsvitenskapen.²⁵ Siden 1995 har mengden relevant kunnskap økt raskt og i flere retninger. Som David L. Deephhouse og Mark Suchman (2008:51) har påpekt, kan 1995 bli sett på som “a pivotal point in the development of legitimacy theory”. Dette året kom Scott ut med boken *Institutions and Organizations* og Suchman publiserte sin omfattende artikkel om legitimitet i *Academy of Management*. Scott omtalte legitimitet som en tilstand som reflekterer kulturell justering, normativ støtte eller overensstemmelse med relevante regler og lover. Suchman ga på sin side en nyttig, inkluderende og bred definisjon av legitimitetsbegrepet. Ifølge Suchman (1995:572) var det på dette tidspunktet slik at mange forskere brukte legitimitetsbegrepet, men bare et fåtall definerte hva de mente med det.

Det er sjelden blitt satt spørsmålsteget ved viktigheten av legitimitet, men akkurat hva som menes med legitimitet har vært gjenstand for mye debatt (Scott et al. 2000:237). Suchmans definisjon er klargjørende i så måte:

Legitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed systems of norms, values, beliefs, and definitions (Suchman 1995:574).

Definisjonen fastholder at legitimitet er en sosialt konstruert størrelse, med koblinger til både normative og kognitive elementer. Dette er de samme legitimitetsformene som Berger og Luckmann (2000) fremhevet som viktige. Det sentrale, ifølge dem, er at legitimering har et kognitivt så vel som et normativt element. Dette innebærer at den forklaring eller rettferdiggjøring som legitimeringen består av, er et spørsmål om både verdier og kunnskap. Legitimeringen forteller altså “ikke bare individet hvorfor det *bør* utføre en handling fremfor en annen, den forteller også hvorfor ting er som de er” (2000:104).

Det gir mening å forstå legitimering som en *prosess* og legitimitet som en *tilstand* som gjerne prøves ved ulike kritiske hendelser (Deephhouse og Suchman 2008:57; Karlsson 1991:36–37). Legitimitet kan forstås som et resultat av legitimering (Karlsson 1991; Lindkvist 1996;

²⁵ De fleste krediterer Weber for å ha innført legitimitet til sosiologisk teori og dermed til organisasjonsteoretiske studier (Deephhouse og Suchman 2008; Ruef og Scott 1998; Suchman 1995).

Lindkvist og Aidemark 2005). En oppskrifts legitimitet kan følgelig regnes som et resultat av den legitimitetsproduksjon som har funnet sted. Agneta Karlsson (1991) har uttrykt det slik: “Legitimiteten i en ny-ordning bestäms av legitimiteten i de handlingar och de anspråk som ‘formar’ denne ordning” (1991:92). Legitimering defineres samsvarende som “en kommunikatív handling genom vilken önskade eller vidtagna handlingar tilldeles mening. [...] Att legitimera är därmed att rättfärdiggöra; at riktighetsange vidtagna och önskade handlingar” (1991:116). Legitimering kan derfor handle om å benytte et visst normativt vokabular, hvor målsettingen gjerne er å tildele sine handlinger akseptabel mening gjennom å påvise konformitet med gjeldende normer (1991:123). En oppskrift kan også tilskrives legitimitet ved å bli koblet til rasjonaler og logikker som har betydning for (i hvert fall deler av) organisasjonens medlemmer (Bentsen og Borum 2003).

3.3.1 Suchmans legitimitetsformer

I organisasjonsteoretisk sammenheng gir det, ifølge Suchman (1995), mening å skille mellom tre overordnede former for legitimitet: En moralsk, en kognitiv og en pragmatisk. Den *moralske* legitimiteten reflekterer en positiv *normativ* vurdering av for eksempel en organisasjonsoppskrift eller en handling. Legitimitetsformen hviler på vurderinger av om oppskriften/handlingen oppfattes som bra/riktig eller ikke. For eksempel kan en organisasjon oppnå moralsk legitimitet ved å adoptere sosialt akseptable prosedyrer, siden dette anses som den riktige tingen å gjøre i den bestemte situasjonen (1995:577–580). En slik normativ legitimitet, hvor det sentrale er at handlingene er i samsvar med dominerende normer i et sosialt system, sammenfaller med den måten som Weber og Parsons oppfattet legitimitet. I enkelte tilfeller er normativ legitimitet blitt begrenset til å gjelde “professional endorsement”, og derfor til bestemte – til forskjell fra generelle – sosiale verdier og etiske standarder. Jeg er enig med dem som forfekter at begrepet bør referere til “legitimacy conferred by any audience (including but not limited to professionals) on primarily normative grounds” (Deephouse og Suchman 2008:53).

Den nyinstitusjonelle skolen i organisasjonsteorien vektlegger betydningen av at organisasjoner, for å bli akseptert, må leve opp til fundamentale vestlige modernitetsnormer om kontinuerlig fornyelse, fremskritt og rasjonalitet. Enkelte av ideene/oppskriftene som angir hvordan organisasjoner bør se ut og være for å fremstå som moderne og legitime, er institusjonaliserte i den betydning at de tas-for-gitt som riktige måter å organisere, styre og

lede på. Dette er det grunnleggende resonnementet i nyinstitusjonell teori når det gjelder hvorfor og hvordan organisasjonsoppskrifter produseres, spres og adopteres (Røvik 2007:26). Det settes søkelys på organisasjoners streben etter å oppnå *kulturell konformitet*, noe som tenkes oppnådd gjennom kongruens mellom den enkelte organisasjon og dens kulturelle omgivelser (Dowling og Pfeffer 1975:122. Jf. Suchman 1995:573). Den kulturelle konformiteten handler ikke utelukkende om normativ anerkjennelse, hvor en organisasjon oppnår moralsk legitimitet når den gjør noe *ønskelig*. Det kan også dreie seg om *kognitive* forhold, som når en organisasjon oppnår legitimitet fordi organisasjonens handlinger er *forståelig*. Dette bringer på banen den kognitive legitimitet (Meyer og Scott 1992b:201. Jf. Suchman 1995:573).

Nyinstitusjonelle teoretikeres forståelse av legitimitet kjennetegnes av en oppfatning av legitimitet som særlig koblet til *forklaringer* for en organisasjons eksistens (DiMaggio og Powell 1983, 1991; Meyer og Rowan 1977; Meyer og Scott 1992a. Jf. Suchman 1995:573, 576). Legitimitet forstås da som “a set of *constitutive* beliefs” (Suchman 1988 ref. i Suchman 1995:576):

Within this tradition, legitimacy and institutionalization are virtually synonymous. Both phenomena empower organizations primarily by making them seem natural and meaningful [...] (Suchman 1995:576).

Fenomenet “taken-for-grantedness” angir betydningen av den *kognitive* legitimitetsformen. Dette kan eksemplifiseres ved å vise til at enkelte organisasjoner har oppnådd en status som det ikke stilles spørsmål ved. I slike tilfeller foreligger det gjerne en grunnleggende aksept for at organisasjonen er *nødvendig* for/i samfunnet. Organisasjonens legitimitet kan i så tilfelle sies å være grunnlagt i kognisjon, til forskjell fra å være basert på interesser eller vurderinger (Aldrich og Fiol 1994. Jf. Suchman 1995:582).

Den tredje formen for legitimitet, den *pragmatiske*, springer ut av det Suchman (1995:578) betegner som “self-interested calculations of an organization’s most immediate audiences”. Dette er med andre ord en legitimitetsform som baserer seg på *nytte* og *interesser*, som når en organisasjon har oppnådd legitimitet fordi den antas å ha en viktig og nyttig funksjon i samfunnet. Et slikt nytte- og interesseperspektiv mangler gjerne i definisjoner av legitimitet.

3.3.2 Scotts legitimeringsbaser

Scott skiller også mellom tre former for legitimitet, i form av tre legitimitetsbaser²⁶: En regulativ, en normativ og en kognitiv. Legitimitet defineres som “a condition reflecting the alignment of an organization to normative, regulatory, and cultural-cognitive rules and beliefs prevailing in its wider field and social environment” (Scott et al. 2000:236. Jf. Scott 2001).

I den *regulative* institusjonspilaren forstås legitimitet som *legalisert* sanksjonert atferd. Her er det legale sanksjoner som utgjør den sentrale legitimitetsbasen (Scott 2001; Scott et al. 2000:238). Den *normative* pilaren angir en dypere, *moralsk* base for legitimitet, hvor legitimitet oppfattes som moralsk betinget. I forhold til handlingers legitimitet indikerer dette en opptatthet av den moralske forpliktelse som man, som for eksempel sykepleieleder, kan oppleve i forhold til institusjonaliserte handlingsmønstre (Scott 2001:52, 60–61). Gjennom å vektlegge konsistensen mellom kulturelt-kognitive skjema og modeller, bidrar den *kulturelt-kognitive* pilaren til å gjøre legitimitet til en gjenkjennelig, tatt-for-gitt-størrelse i form av både strukturer og handlinger (Scott et al. 2000:238). Et kulturelt-kognitivt ståsted er opptatt av den legitimitet “that comes from adopting a common frame of reference or definition of the situation” (Scott 2001:61). En felles *situasjonsforståelse*, forstått som en felles kognitiv plattform, bidrar til å angi hvilke forhold man tar-for-gitt og følgelig ikke stiller spørsmål ved.

3.4 Det nyinstitusjonelle perspektivet

Til forskjell fra den eldre institusjonalismen som er normativt orientert, har det nyinstitusjonelle perspektivet en klar *kognitiv* innretning (DiMaggio og Powell 1991; Scott 2001:86–87; Scott et al. 2000:248).

[There] is a considerable gulf between old and new in their conceptions of the cultural, or cognitive, bases of institutionalized behavior. For the old institutionalists, the salient cognitive forms were values, norms, and attitudes. Organizations became institutionalized when they were ‘infused with value’, as ends in themselves (Selznick 1957:17). Participants’ preferences were shaped by norms, reflected in evaluative judgments. [...] The new institutionalism departs markedly from this essentially moral framework of reference. ‘Institutionalization is fundamentally a cognitive process’ (Zucker 1983:25). [...] Not norms and values but taken-for-granted scripts, rules, and classifications are the stuff of which institutions are made (DiMaggio og Powell 1991:14–15).²⁷

²⁶ Scott bruker termene “basis of legitimacy” (2001:52), “bases of legitimacy” (2001:60) og “basis for legitimacy” (Scott et al. 2000:238).

²⁷ Det må påpekes at forskjellene mellom den eldre og den nye institusjonalismen innen organisasjonsforskningen gjerne overdrives. Kritikken rammer bl.a. Paul J. DiMaggio og Walter W. Powell (1991). Noe av det problematiske er at nyinstitusjonalismen fremstilles som én enhetlig teori, noe som innebærer at en ser bort fra de ulikheter som finnes innen denne teoritradisjonen (Johansson 2002:24).

Som det fremgår av dette sitatet har den gamle og den nye institusjonalismen avvikende oppfatninger av *institusjonalisering*. I den eldre skoleretningen ble organisasjoner studert i lokale sammenhenger, og forskeren konsentrerte seg om relasjoner mellom ulike grupperinger og organisasjoner. Institusjonalisering ble sett på som en langsom organisk prosess, som fant sted *innen* den enkelte organisasjon (*intraorganisatorisk*). Prosessen var tenkt å bidra til at organisasjonen forandret seg på helt særegne måter og av den grunn ble unik (Eriksson-Zetterquist et al. 2005:283; Johansson 2002:25). Nyinstitusjonelle organisasjonsteoretikere har til forskjell sett på hvordan organisasjoner responderer på ikke-lokale og mer upersonlige omgivelser, som organisatoriske felt og sektorer. Institusjonalisering studeres som en aktivitet som finner sted på feltnivå, altså *interorganisatorisk*. Den rådende oppfatningen er at det er organisatoriske og strukturelle former/komponenter, ikke spesifikke organisasjoner, som institusjonaliseres (Dent 2003:35; DiMaggio og Powell 1991; Eriksson-Zetterquist et al. 2005:280, 283).

3.4.1 Den klassiske nyinstitusjonalismen

I dens opprinnelige form særpreges den klassiske, amerikanske nyinstitusjonalismen av en markant tro på at organisasjoner vil strebe etter å være *konforme* med det som til enhver tid anses som riktige og effektive måter å organisere og lede på. Den sentrale tesen er at organisasjoner oppnår legitimitet gjennom å tilpasse seg normer og vurderinger som angir hvordan moderne organisasjoner bør/skal agere og se ut. Dette har gitt grobunn til to vesentlige teoribidrag. For det første *homogeniseringsteorien*, som i korthet går ut på at organisasjoner verden over blir stadig mer *like* hverandre som følge av at de blir forført av og forsøker å implementere de samme populære oppskriftene (DiMaggio og Powell 1983, 1991; Fernler 1994:95; Røvik 1998:114, 2007:26). For det andre *dekoplingsteorien*, som forfekter at organisasjoner som innfører oppskrifter av legitimitetshensyn ofte vil forsøke å holde disse dekoplet (frikoplet) fra praksisfeltet.²⁸ Et formål med dette er å unngå konflikt og tap av legitimitet, både internt og utad i forhold til ulike aktørgrupper. Slik blir oppskriftene kun

²⁸ Forestillingen om organisasjoner som løst koplete systemer ble utviklet av Karl Weick (1976). Selve begrepet “loose coupling” hadde imidlertid vært brukt også enkelte ganger tidligere (Glassman 1973). I henhold til Nils Brunsson (2003) kan dekopling anses som en form for organisatorisk hykleri.

symboler ment for å tilfredsstille omgivelsene, istedenfor å være virkelige verktøy som faktisk brukes i organisasjonen (Meyer og Rowan 1977; Røvik 1998:299, 2007:26).²⁹

3.4.2 Spredning vs. adoptering av ideer/oppskrifter

Som nevnt i forrige kapittel har den amerikanske nyinstitusjonalismen vært særlig opptatt av å forstå *spredningen* av organisasjons- og ledelsesoppskrifter. Perspektivet, som gjerne refereres til som diffusjonsperspektivet, gir en *makroorientert* innfallsvinkel til analysen av de mekanismer som fører til at organisasjonene i et organisatorisk felt tenderer til å bli like hverandre (Borum 2001:18; Lee og Pennings 2002:144; Lindberg 2002:58).

I sin tradisjonelle form har amerikansk nyinstitusjonell forskning gitt *få* svar på hva det er som skjer med en organisasjon og med oppskrifter etter at de er formelt adoptert (Røvik 2007:28). Dette betyr at en i liten grad har gjort eksplisitt den rolle aktører og aktiv handling spiller i institusjonaliseringsprosesser (Christensen et al. 1997:393). En viktig årsak til dette er at en i begrenset grad har vurdert tematikken som interessant, og at de forskningsmetoder som anvendes er lite egnet til å forklare de prosesser som adopteringen av en oppskrift kan utløse på organisasjonsnivå (Røvik 2007:28). Utover på 1990-tallet begynte imidlertid enkelte amerikanske nyinstitusjonalister å vise interesse for temaet. Samtidig vokste det i Skandinavia frem en egen skoledannelse – den skandinaviske nyinstitusjonalismen – som setter søkelys på oppskrifers mottaksside. Erkjennelsen av at mottakerne av forskjellige oppskrifter ikke er passive importører, men *aktive oversettere* av oppskrifter, står sterkt i begge nyorienteringer (Lindberg og Erlingsdóttir 2005:27; Røvik 2007:29–38; Selander 2006:73).

Klassiske spredningsstudier har ifølge Røvik (1998:115–116), tre klare begrensninger. For det første har de en altfor enkel definisjon av hva det vil si å adoptere en modell, ved kun å være opptatt av hvorvidt en organisasjon har tatt en *formell* beslutning om å innføre modellen eller ikke. Kriteriet er problematisk, fordi en slik beslutning ikke nødvendigvis betyr at modellen faktisk er tatt i bruk. For det andre er spredningsstudiene ofte foretatt lenge *etter* at den studerte modellen er blitt adoptert, noe som gjør det vanskelig å rekonstruere adopteringsprosessen. For det tredje forsøker slike studier vanligvis å avdekke eventuelle sammenhenger

²⁹ John Meyer og Brian Rowans artikkel fra 1977 med tittelen “Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony” i *American Journal of Sociology*, er allment ansett som startskuddet for nyinstitusjonalismen innen organisasjonsteorien/-analysen.

mellom *ytre* kjennetegn ved organisasjoner i en populasjon/et felt, og tidspunktet for når de samme organisasjonene adopterer en oppskrift.

En ytterligere svakhet med spredningsstudiene er at de især konsentrerer seg om oppskrifter som alt har oppnådd status som institusjonaliserte forbilder. Kun i liten grad har det blitt vist interesse for de prosesser som fører til at en oppskrift oppnår slik status. I de tilfeller hvor amerikanske nyinstitusjonalister har vært opptatt av mottakssiden, har det i første rekke handlet om de motiver som organisasjoner har for å adoptere oppskrifter som har status som institusjonaliserte standarder (Røvik 2007:27). Dette er en innvending som i stor grad også gjelder studier som omhandler adoptering, siden også disse først og fremst har vært opptatt av denne typen oppskrifter. Kim Voss og Rachel Sherman (2000:308) har kommentert det slik:

[R]esearchers in this tradition have focused on identifying the mechanisms by which organizations become more similar over time, rather than on analyzing why organizations might adopt new, not-yet institutionalized forms.

I nyinstitusjonelle arbeider om adoptering tas det gjerne utgangspunktet i DiMaggio og Powells (1983) adopteringsmotiver, betegnet som tvangsmessig-, normativ- og imiterende (mimetisk) *isomorfi*. Den *tvangsmessige* isomorfismen innebærer at organisasjoner, som følge av lovbestemte krav eller endringer, presses til å adoptere. Den *normative* isomorfismen viser til at organisasjoner adopterer som følge av faglige og profesjonelle normer og regler. Adoptering anses da nærmest som et resultat av profesjonalisering. *Imiterende/mimetisk* isomorfi vil si at organisasjoner prøver å imitere organisasjoner som oppfattes som fremgangsrike og som har stor grad av organisatorisk legitimitet.

Innflytelsen fra amerikansk nyinstitusjonalisme er tydelig i flere skandinaviske studier, slik som i studier som omhandler organisasjoners forsøk på å oppnå/forbedre egen legitimitet. En sentral antakelse i doktorgradsstudiene til Tore Hillestad (2004) og Arild Wæraas (2004) er at organisasjoner tar i bruk populære modeller – i form av nye praksiser eller nye merkelapper på etablerte praksiser – for på den måten å bli identifisert som moderne og effektive. Antakelsen bygger på en oppfatning av organisasjonens legitimitet som betinget av organisasjonens evne til kontinuerlig å være, eller gi uttrykk for å være, i samsvar med det

som til enhver tid anses som riktig organisering og ledelse (Elsbach og Sutton 1992:700; Meyer og Rowan 1977).³⁰

3.5 Skandinavisk nyinstitusjonalisme

Skandinaviske forskere ble tidlig inspirert av John Meyers studier, tanker og teorier, noe de tilpasset og blandet sammen med andre forskningstradisjoner som hadde vært rådende i Skandinavia over en viss tid, og med teorier som omtrent samtidig ble utviklet ellers i Europa. Teoriene ble innlemmet i en skandinavisk tradisjon basert på kvalitative studier, kjennetegnet av casestudier som bl.a. handlet om individuell beslutningstaking, organisatoriske endringsprosesser og reformer. På den måten ble skandinavisk nyinstitusjonalisme primært opptatt av å belyse “the dynamic aspects of circulating ideas”: Av hvordan og hvorfor ideer/oppskrifter blir allment utbredte, på hvilke måter ideer/oppskrifter oversettes når de er på reise, og hva som er de organisatoriske konsekvenser av dette. Et viktig premiss er at ideer/oppskrifter ikke beveger seg av seg selv eller spres i et vakuum, men *aktivt* transporteres og oversettes i kontekster av andre ideer/oppskrifter, aktører, tradisjoner og institusjoner. Dette bringer *aktører* og *interesser* inn i analysen (Sahlin og Wedlin 2008:219). Kontrasten er tydelig til den amerikanske nyinstitusjonalismen, som i hovedsak ser aktører som passive mottakere av ideer/oppskrifter (Czarniawska og Sevón 1996:4; Eriksson-Zetterquist et al. 2005:284; Scheuer 2006:6).

Den skandinaviske nyinstitusjonalismen kjennetegnes av studier av hvordan aktører på felt- og organisasjonsnivå tilpasser, endrer og skaper ideer/oppskrifter (Czarniawska og Joerges 1996; Johansson 2002:106; Lindberg og Erlingsdóttir 2005:30; Lindkvist og Aidemark 2005:84; Røvik 1998; Sahlin og Wedlin 2008:219). For å kaste lys over dette brukes bl.a. følgende begreper; *oversettelse*, *translasjon* (Czarniawska og Joerges 1996; Czarniawska og Sevón 1996), *imitasjon* (Sevón 1996), *redigering* (Sahlin-Andersson 1996) og *institusjonaliserte oppskrifter/standarder* (Røvik 1992a, 1992b, 1992c, 1996, 1998).

³⁰ Både Wæraas (2004) og Hillestad (2004) supplerer det nyinstitusjonelle perspektivet med teorier innenfor “impression management”-litteraturen i sine analyser. Kombinasjonen er tenkt å øke innsikten i hvordan organisasjoner oppnår og bevarer egen legitimitet (jf. Elsbach og Sutton 1992:700–701). Wæraas (2004:6–8) gjør videre bruk av ytterligere to skoleretninger: Den amerikanske “business and society”-litteraturen og litteraturen om “corporate communication”.

3.5.1 Institusjonaliserte (mote-)oppskrifter

En institusjonalisert organisasjonsoppskrift er “en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller elementer av en organisasjon”. En slik oppskrift oppfattes og omtales gjerne, innenfor en periode, “som den riktige, den hensiktsmessige, den effektive, den moderne” måten å organisere deler av en organisasjon (Røvik 1998:13. Jf. Røvik 1992a:263, 1992c:133). At en oppskrift er institusjonalisert kan forklares med at den har oppnådd status som et slags tatt-for-gitt-forbilde (Jacobsson 1994a:14; Røvik 1998:19).

Som påpekt har sprednings-/diffusjonsstudiene vært konsentrert om institusjonaliserte oppskrifter. Slik jeg vurderer det gjelder dette også mange adopterings- og oversettelsesstudier, for også her handler det i stor grad om populære, transnasjonale moteoppskrifter.³¹ Slike oppskrifter kjennetegnes av å være nærmest ferdig legitimerte på adopteringstidspunktet. I hvert fall kan det gjerne oppleves slik, siden mange ikke synes å være opptatt av å stille spørsmål ved om oppskriftene virkelig passer egen virksomhet.³² Som påpekt av Kerstin Sahlin og Linda Wedlin (2008:221) er det gjerne slik at oppskrifter som har stor spredningsevne ikke er populære i seg selv, men er blitt det mens de har sirkulert. For eksempel ser det ut til at noen ideer blir populære av primært andre grunner enn deres egenskaper. Årsaken til populariteten kan for eksempel være de måter som de er utformet, formulert eller tidsmarkert på (se også Czarniawska og Joerges 1996, Røvik 1998).

3.5.2 Oversettelse og oversettelsesprosesser

Bruken av oversettelsesbegrepet er blitt et kjennemerke på den skandinaviske varianten av det nyinstitusjonelle perspektivet.³³ Begrepets assosiasjoner til bevegelse og transformasjon (Czarniawska og Sévon 1996:6–7) gjør at det passer som hånd i hanske med tradisjonens vektlegging av aktørers aktive rolle i institusjonaliseringsprosessen og interesse for organisatorisk endring (Scheuer 2006:3, 6). Slik sett kan oversettelsesbegrepet se ut til å fungere som en løsning på kritikken av amerikansk nyinstitusjonalisme; om at denne ikke

³¹ Flere skandinaviske studier omhandler populære ledelses- og organisasjonsoppskrifter, slik som bestiller-utførermodellen (studert av bl.a. Blomquist 1996, Johnsplass 1999), balansert målstyring (studert av bl.a. Nilsen 2007), serviceerklæringer (studert av bl.a. Stene 2001) og kvalitetssikring (studert av bl.a. Erlingsdóttir 1999, 2001, Vikan 2000). Se også Røviks forskning (1992a, 1992b, 1992c, 1998, 2002, 2007).

³² Dette kan bl.a. sies å gjelde oppskrifter som teambasert ledelse, endringsledelse, total kvalitetsledelse, målstyring, kvalitetssikring og kvalitetsstyring (Røvik 1998:14–15).

³³ Bruken av oversettelsesbegrepet innen organisasjonsforskningen er i særlig grad inspirert av aktør-nettverksteori (ANT), slik denne teorien er utviklet av Michel Callon, Bruno Latour og John Law (Czarniawska og Sévon 1996; Erlingsdóttir 1999; Scheuer 2006:4–5).

klargjør aktørers rolle i forbindelse med skapelse, spredning og stabilisering av organisatoriske prosesser (ibid.; Christensen et al. 1997:392). Begrepet oversettelse kontrasteres gjerne mot begrepet spredning/diffusjon (Blomgren og Sahlin-Andersson 2003:51). Samsvarende skilles det gjerne mellom en diffusjons- og en oversettelsesmodell (Latour 1986; Zilber 2006). Dette tydeliggjøres i følgende utdrag fra en artikkel om hvilke “*legitimizing accounts*” som foreligger på et bestemt område:

The diffusion perspective in institutional theory has portrayed how agents import ‘ready-to-wear’ cultural accounts. In contrast, translation theory depicts how agents interpret and adapt cultural accounts as they fashion them into legitimating accounts for a local setting (Creed, Scully og Austin 2002:475).

I studiet av adoptering gir et oversettelsesperspektiv rom for forståelsen av at en modell, slik som innleiemodellen, kan fortolkes og anvendes på ulike måter i lokale virksomheter. Innenfor organisasjonsteoretiske bidrag av nyere dato er dette en empirisk basert innsikt. Det samme gjelder erkjennelsen av at oppskrifter ikke spres av seg selv. Noen må gå aktivt inn for at oppskrifter skal adopteres (Bergström og Dobers 2000; Vabo og Stigen 2004:49). I flere nyere studier som bruker et nyinstitusjonelt perspektiv, behandles spredning, mottak, overføring og adopsjon som prosesser av transformasjon og oversettelse (Czarniawska og Sevón 1996; Røvik 1998, 2007; Sahlin-Andersson 2003:237). Røvik (2007:56) har bl.a. formulert det slik: Overføring er “noe langt mer enn transport; det er også translasjon og dermed transformasjon, dvs. at noe forsøkes kopiert, noe legges til, mens annet trekkes fra og så tilpasses og blandes”.

Det å studere forandring og organisatoriske reformer som oversettelsesprosesser er vanlig i organisasjonsstudier, og da spesielt skandinaviske. Likevel er inngående beskrivelser og analyser av *hvordan* oversettelsene skjer, fremdeles relativt sjeldne (Lindberg og Erlingsdóttir 2005:27–28; Nilsen 2007:24). Hva som egentlig menes med oversettelse er heller ikke alltid like lett å finne svar på. Innenfor skandinavisk nyinstitusjonalisme er det utviklet flere oversettelsesmodeller, som er forskjellige både når det gjelder innhold og vitenskapsteoretiske antakelser (Scheuer 2006:30–32). Som påpekt av John Damm Scheuer (2006) bruker Røvik (1998) oversettelsesbegrepet for å vise til en samlet prosess med et antall karakteristika, mens Barbara Czarniawska og Bernward Joerges (1996) tilegner oversettelsesprosessen et bestemt forløp i sin idé-/oversettelsesmodell. Her er tanken at en idé oversettes fra idé til objekt, fra objekt til handling, og eventuelt fra handling til institusjon (Scheuer 2006:31). De lokale

tolkningene som gjøres under prosessens gang, av aktører som ideen møter på sin reise, refereres til som oversettelse (Lindberg og Erlingsdóttir 2005:30).

Et kritisk moment i forhold til bruken av oversettelsesbegrepet gjelder begrepets bruk som henholdsvis metafor eller teori. Problematikken er drøftet av Elin Anita Nilsen (2007:34–36), som viser til at det innenfor skandinavisk nyinstitusjonalisme finnes to tilnærminger til forståelsen av oversettelse som fenomen. På den ene siden har Czarniawska og Sevón (1996) introdusert oversettelse som et *metaforisk* begrep på organisatorisk endring og for å revitalisere teorier om dette temaet. På den andre siden har Røvik (1998) vært tydelig på at hans ambisjon er å utvikle en *teori* om oversettelse av organisasjonsoppskrifter. Eller som han selv har uttrykt det; å lete etter “et eventuelt mønster som kan gi grunnlag for en mer presis teori” (Røvik 1998:151). I sin bok fra 2007 beskjeftiger Røvik seg med “teoriutvikling fra (og samtidig av!) posisjonen som her er kalt pragmatisk institusjonalisme. Det er teoriutvikling om tilbud, overføring og mottak av ideer”. Røvik utvikler to pragmatisk-inspirerte teoribidrag; virusteorien og translasjonsteorien, som fanger inn ulike aspekter ved tilbud, overføring, mottak og utnytting av organisasjonsideer (Røvik 2007:55).

Ifølge Nilsen (2007) foreligger det i dag ikke noen ferdig utviklet teori om oversettelse innen den skandinaviske nyinstitusjonalismen. Det er dermed mer betegnende å snakke om en *begynnende teoretisering* rundt fenomenet (2007:39). Sentralt i så måte er den skandinaviske nyinstitusjonalismens uttalte opptatthet av *aktører* og aktørers *handlingsrom* (Jacobsson 1994b:56; Johansson 2002:110). Flere bidragsytere har gjennomført studier av hvilken skjebne ulike ideer/oppskrifter får i organisasjoner og/eller organisasjonsfelt (Røvik 2007:39–40). Ofte forutsettes det at studiene opererer med “et begrepsapparat som egner seg til å fokusere på aktører og prosesser, siden det er i *prosessen* med å ta i bruk den nye oppskriften at *aktører* oversetter den slik at den gir mening og får sin funksjon” (Nilsen 2007:41). Det man ser er imidlertid at organisasjonen gjerne betraktes som en enhetlig aktør. Man studerer ikke hvordan *lokale* aktører i adopterende organisasjoner oversetter nye ideer/oppskrifter, men forholder seg til at det er *organisasjonen* som foretar oversettelsene (ibid.). I en anmeldelse av boken *Translating Organizational Change*, hvor Czarniawska og Sevón (1996) var redaktører, er problemet omtalt slik:

Sevón argues for the importance of analogical reasoning, drawing on models from the human and non-human world. Organizations seek to imitate that with which they are familiar [...] It is an interesting theme, but there is an underlying problem. The author takes a social constructionist

position, but qualifies this by considering an organization as ‘a legal person’, an ‘actor’ capable of cognitive action, a ‘super-person’. For the social constructionist, this is problematic (Johnson 1998:519).

Sevón (1996) var en av de første nyinstitusjonalister i Skandinavia som diskuterte organisasjoners rolle som *mottakere* av organisasjonsideer. Gjennom å fremstille organisasjonen som en *superperson* står den enkelte organisasjon, som medlem av et organisatorisk felt, frem med et slags dobbelt forhold til feltet: På den ene siden strever organisasjonen etter å være *lik* øvrige organisasjoner innen feltet, på den andre siden vil enhver organisasjon også være *unik*. Det første forholdet gjør at de fleste organisasjoner innen samme felt vil være mottakelige for de samme ideene, ut fra en forestilling om organisatorisk imitasjon. Det andre forholdet bidrar til at organisasjoner innen samme felt kan velge å ta i bruk forskjellige ideer. Ved å betrakte organisasjonen som en superperson, blir det organisasjonen som innehar rollen som oversetter; ikke organisasjonens forskjellige aktører. Sevón beskriver organisasjoner som imiterer hverandres praksiser på grunnlag av organisasjonenes situasjonsforståelse, deres egen og andres identitet, og som resultat av analogisk tenkning som kombinerer disse forholdene. Dette gir et bilde av imitasjon som “an ongoing translation of transforming organisations” (1996:51), noe som tilrettelegger for forståelsen av organisasjoner som aktive transportører og oversettere av ideer (Johansson 2002:105). Ved å se det på den måten blir organisasjonen “det laveste nivået å fange opp variasjon på” (Nilsen 2007:42). Dette står i motsetning til forståelsen av en organisasjon som et kollektiv av individer (Johnson 1998:519), noe som gir mulighet for å fange opp ulike oversettelser av en og samme idé i en organisasjon. I utgangspunktet oppmuntrer ikke det teoretiske rammeverket som ofte brukes av skandinaviske nyinstitusjonalister til oppdagelser av organisasjonsinterne oversettelser av ideer/oppskrifter, siden det tar oppmerksomheten bort fra oversettelser som finner sted på *mikronivå*; internt i den enkelte organisasjon. At det finnes overraskende få studier av denne typen, blir dermed mer forståelig (Nilsen 2007:42–43).

Blant forskere som har vært opptatt av å kaste lys over det lokale handlingsrommet i oversettelsesprosessen og hvordan slike prosesser forløper, finner vi Sahlin-Andersson (1996), som analyserer spredning og oversettelse av oppskrifter/ideer som *redigeringsprosesser*. En slik prosess tenkes å følge regelliknende mønstre, hvor prosessen anses som *regelstyrt* inntil et visst nivå. Implisitte *redigeringsregler* avgrenser redigeringen eller oversettelsen slik at prosessen karakteriseres av sosial kontroll, konformitet og tradisjonalisme (1996:70–71; Sahlin og Wedlin 2008:225). En studie av den politiske styringen av svensk

helse- og sykehussektor, viser hvordan redigeringsregler setter rammene for de oversettelsesprosesser som finner sted i sektoren. Eksempelvis påvirkes prosessene av den sammenheng som reformer og modeller innføres i, hvordan reformene og modellene er formulert, og hvilken type logikk de bygger på. Budskapet er at reformer og modeller ikke innføres i et vakuum, men påvirkes av gjeldende rutiner, tradisjoner og idealer (Blomgren og Sahlin-Andersson 2003:52). Et annet sentralt moment er at redigeringsreglene vil variere mellom ulike kontekster:

The infrastructure, and thus the editing rules, differs between situations and contexts. This specific infrastructure determines the editing of ideas and experiences. Each context in which the editing of models and experiences takes place may be regarded as an editing infrastructure (Sahlin og Wedlin 2008:225).

Sahlin-Andersson har i sin forskning primært undersøkt hvordan ideer og suksesshistorier (om ideer) sirkulerer *mellom* organisasjoner, noe som angir en interesse for redigeringsprosesser på felt-/mesonivå. Oppmerksomheten har vært rettet mot hvem det er som redigerer og sirkulerer ideer på deres reise fra en praksis til en annen praksis, og gjerne over store områder. Følgende “carriers” er blitt fremhevet som særlig sentrale: Ledere, forskere, media, organisasjons- og kommunikasjonsmedarbeidere i store konsultentselskaper, profesjoner og internasjonale organisasjoner slik som OECD. I sitt oversettelses-/redigeringsarbeid streber aktørene etter å *generalisere* ideene, for på den måten å kople disse løs fra spesifikke sammenhenger. Generaliseringen bidrar til å gjøre ideene tilgjengelig for bruk i forskjellige virksomheter (ibid.:229–230; Sahlin-Andersson 1996:83–84, 2001:303; Sahlin-Andersson og Engwall 2002a, 2002b).

Sahlin-Anderssons (1996) begrepsapparat er i stor grad begrenset til å gi kunnskap om innpakkingsfasen, det vil si perioden *før* ideen entrer den enkelte organisasjon (Nilsen 2007:51). Oppgaven blir å identifisere oversettelser og følgelig også oversettere som fremmer *spredningen* av ideer. Det vil si hvordan ideer “pakkes for at de skal virke tiltrekkende” på organisasjoner (Røvik 2000:227, 2001:175). Hos Røvik finner vi i stor grad den samme interessen, noe som fremgår av hans ambisjon om å utvikle “elementer til en mer allmenngyldig teori om hvilke egenskaper en oppskrift på ‘god’ organisasjon og ledelse bør ha for å oppnå popularitet og bli spredt fort og langt” (Røvik 1998:279). Røvik har undersøkt hva som må til for at oppskrifter blir *superstandards*, forstått som oppskrifter som for en periode er veldig populære i ett eller flere organisasjonsfelt (Røvik 2002:113–114). På

grunnlag av sammenlikninger av tre superstandarder (målstyring, medarbeidersamtaler og total kvalitetsledelse), har Røvik (1998) kommet frem til syv faktorer som er av betydning for en oppskrifts spredningsevne.³⁴

Røviks forskningsinteresse begrenser seg imidlertid ikke til oppskrifter *spredbarhet*, og dermed heller ikke til kjennetegn ved moderne og populære ledelses- og organisasjonsoppskrifter. Røvik har også satt søkelys på hva det er som skjer når slike oppskrifter *adopter*es av organisasjoner, altså hva som skjer med oppskriftene *etter* at de har reist *inn* i ulike organisasjoner. Selve adopteringsprosessen deler han analytisk sett i to hoved-faser. Den første fasen, *motiveringsfasen*, omfatter det som skjer når organisasjoner blir eksponert for og inspireres av populære oppskrifter. Det sentrale spørsmålet er *hvorfor* organisasjoner *motiver*es til å adoptere. Den andre fasen, *innføringsfasen*, viser til perioden fra det er avgjort at en oppskrift skal prøves ut, og til denne eventuelt har nedfelt seg i noen rutiniserte aktiviteter. Dette er altså perioden *etter* at en oppskrift offisielt er tatt i bruk (ibid.:117–118, 145).

Røvik (2000, 2001) skiller mellom to hovedgrupper av oversettere: 1) De som befinner seg på tilbudssiden, engasjert i innpakking (produksjon og/eller formidling) av oppskrifter, og, 2) de som befinner seg på mottakssiden, engasjert i utpakking av oppskrifter. *Dekontekstualisering* viser til innpakkingsarbeidet på tilbudssiden, mens *kontekstualisering* viser til utpakkingsarbeidet. Begge typer er tenkt fanget opp av begrepet oversettelse, forstått som en samlebetegnelse på “uttak, overføring og adoptering av ideer” (Røvik 2007:247). Den gode oversetter av organisasjonsoppskrifter må, etter Røviks vurdering, “ha inngående kjennskap til det som skal overføres og oversettes, samt om så vel konteksten(e) det skal oversettes fra som til” (2007:325). Det å ha kunnskap om oversettelsesprosesser generelt er også en fordel, siden dette sier noe om “hvordan man best kan gå frem når man henter ut ‘noe’ fra en kontekst, samt hvordan man introduserer og materialiserer det i en annen kontekst” (2007:326). Dette

³⁴ Ifølge Røvik (1998:109–110) vil sannsynligheten for at en oppskrift skal få stor utbredelse øke dersom følgende forhold ved oppskriften er innfridd: 1) Oppskriften *autoriser*es, ved at den utvikles innenfor, formidles av eller av andre grunner blir positivt assosiert med ett eller flere autoritative sentra. 2) Oppskriften *teoretiser*es, ved at den fremstilles som et universalmiddel som vil gi positive resultater i alle typer virksomheter. 3) Oppskriften *produktiver*es, ved at den bearbeides slik at den fremstår som et lett omsettelig og brukervennlig produkt på et marked. 4) Oppskriften *tidsmarker*es, ved at den settes inn i en tids- og utviklingssammenheng, der den defineres som det nye, beste og mest moderne svaret på aktuelle utfordringer. 5) Oppskriften *harmoniser*es, ved at den utformes slik at den verken oppfattes som favoriserende eller støtende i forhold til aktuelle grupper/aktører. 6) Oppskriften *dramatiser*es, ved at den fremstilles på måter som angir en historie/bakgrunn med dramatiske innslag. 7) Oppskriften *individualiser*es, ved at den utformes med tanke på enkeltindividets personlige utvikling, vekst, karriere og lignende.

kan eksemplifiseres ved å se nærmere på innholdet i de oversettelser som skjer på mottaks-siden, og hvilken *translatørkompetanse* oversetterne her bør være i besittelse av. En sentral del av kompetansen kan beskrives som utenfor- og innenfor-kunnskap. Den gode oversetter vil ha kunnskap om både 1) den *oppskrift* som forsøkes innført i organisasjonen (utenfor-kunnskap), og 2) den mottakende *organisasjonen*, det vil si de(n) kontekst(er) som oppskriften forsøkes innført i (innenfor-kunnskap). Sistnevnte innebærer grundig og aller helst innsidebasert innsikt i mottakerorganisasjonen, en innsikt som både gjelder organisasjonens formelle strukturer, prosedyrer og rutiner, og uformelle normer og taus kunnskap (Røvik 2000, 2001, 2007).

Blant oversettere som vanligvis engasjeres i kontekstualisering, finner vi på innsiden av organisasjonen ledere og ansatte som, på permanent eller midlertidig basis, arbeider med å tilpasse generelle oppskrifter til lokale kontekster. Typiske eksempler er personalsjefer, HR-direktører og HR-rådgivere (Røvik 1998).³⁵ På utsiden av organisasjonen finner vi eksterne organisasjonskonsulenter, som kan bistå i innføringen og oversettelsen av nye oppskrifter (1998:159–160). I sin søken etter svar på hvordan transformasjonen fra en idé til noe virksomhetsspesifikt går for seg i praksis, og om det finnes noe mønster i organisasjonsinterne oversettelsesprosesser, har Røvik lansert begrepet *kontekstualiseringsregler*. Hvordan kontekstualisering skjer bringer på banen et annet spørsmål; hvilke *frihetsgrader* har lokale aktører i det lokale oversettelsesarbeidet, altså når ideer omformes til praksis? Det opereres med et kontinuum fra *ingen eller svak omforming til betydelig omforming* av det som skal oversettes (Røvik 2007:293, 306–307).

En studie av innleiemodellens introduksjon, fremvekst og etablering på felt- og organisasjonsnivå angir en interesse for modellens innpakking og utpakking, altså for både dekontekstualisering og kontekstualisering. De to formene for oversettelse tenkes som løpende prosesser, som dels foregår parallelt i tid og som dels utspiller seg både på meso- og mikronivå. Ettersom sykehusstudien utgjør avhandlingens primære prosjekt, er det likevel *kontekstualisering* som utgjør den mest sentrale formen for oversettelse i denne sammenheng

³⁵ Spesialiserte administrative enheter for organisasjons- og personalspørsmål fører gjerne “til en dramatisk økning av organisasjonens kompetanse og kapasitet når det gjelder å bearbeide og oversette generelle konsepter slik at det passer til ens eget bruk”. Fordi ansatte i slike enheter gjerne innehar rollen som “de moderne organisasjonskonsepters *transportører* og *translatører*”, utgjør de “en meget viktig og interessant gruppe å studere for den som vil forstå hvordan konsepter spres, og i hvilken grad og hvordan de *omformes* til virksomhetsspesifikke varianter” (Røvik 1998:160).

(jf. Røvik 2000:228, 2001:176). Det gir mening å tenke kontekstualisering som en samlebetegnelse på de organisasjonsinterne oversettelser som gjøres i forhold til innleiemodellen. Legitimering er en viktig del av dette oversettelsesarbeidet. De sykehusaktører som opererer som oversettere, bedriver ikke bare konkrete omforminger og tilpasninger av modellen, men forsøker også å tillegge modellen mening og verdi.

Flere av de aktører som omhandles av studien, opptrer i større eller mindre grad som *institusjonelle entreprenører* i det oversettelsesarbeid som de tar del i. Med dette menes at de fremstår som “actors to whom the responsibility for new or changed institutions is attributed” (Hardy og Maguire 2008:7). Begrepet *institusjonelt entreprenørskap* forstås samsvarende som “the activities of actors who have an interest in particular institutional arrangements and who leverage resources to create new institutions or to transform existing ones” (Maguire, Hardy og Lawrence 2004:657). Dette er tett forbundet til DiMaggios (1988:14) bruk av begrepet institusjonell entreprenør:

New institutions arise when organized actors with sufficient resources (institutional entrepreneurs) see in them an opportunity to realize interests that they value highly. The creation of new legitimate organizational forms [...] requires an institutionalization project.

Tilveksten av forskning på institusjonelt entreprenørskap kan leses som et svar på etterspørselen etter å slå bro over motsetningene mellom den gamle og den nye institusjonalismen, noe som søkes gjort ved å bringe vurderinger om handlinger, aktører, makt og interesser inn i analyser av institusjonelle felt (Hardy og Maguire 2008:7). Generelt kan det slås fast at forskning på institusjonelt entreprenørarbeid er koblet til en interesse for (institusjonell) endring og aktive aktører (Dacin, Goodstein og Scott 2002; Greenwood og Suddaby 2006; Pierson 2004:136–137). Forskning viser at både individuelle og organiserte, kollektive aktører kan opptre som institusjonelle entreprenører (Hardy og Maguire 2008:202).

Kapittel 4: Forskningsdesign og metode

4.1 Innledning

De studier som jeg har gjennomført, en feltstudie og en sykehusstudie, gir innsikt i innleie-modellens fremvekst og etablering i sykehusfeltet som helhet, og i et bestemt sykehus. *Case-studien* er blitt benyttet som forskningsstrategi, noe som er vanlig innen flere fagområder (Eisenhardt 1995; Gomm, Hammersley og Foster 2004; Hammersley og Gomm 2004; Hartley 2004; Ragin 1997; Stake 1994; Yin 1994). Forskjellige fremgangsmåter er blitt brukt for å samle inn data. Kvalitative intervjuer står i en særstilling som metode, noe som har gjort det mulig “å komme i et direkte og *nært* forhold til dem eller det som utforskes” (Kalleberg 1982:24). I dette kapitlet redegjør jeg for gjennomføringen av de to studiene. Først beskrives feltstudien (4.2), dernest sykehusstudien (4.3) som er den mest omfattende studien. Deretter følger en beskrivelse av intervjuarbeidet (4.4) og de måter som datamaterialet er blitt bearbeidet og analysert (4.5), før jeg til slutt gir noen vurderinger av forskningens og dataenes kvalitet (4.6).

Generelt kan det bemerkes at innsamling og analyse av data har overlappet hverandre i forskningsprosessen.³⁶ Arbeidet kjennetegnes videre av utforskende skriving, som på sett og vis kan anses som selve arbeidsmåten i en kvalitativ forskningsprosess: Intervjuutskrifter, felt- og arbeidsnotater, empiriske analyser, arbeid med teoretiske innfallsvinkler, og sammenfatninger av tidligere forskning på området er alle viktige deler av prosessen. Gjennom å skrive har jeg arbeidet med å formulere og reformulere avhandlingens problemstillinger, med metodiske spørsmål, teoretisk perspektivering, dataanalyse, og ikke minst med å presentere funn og resultater. Gradvis beveget forsknings- og skriveprosessen seg over i en formidlingsprosess, hvor oppmerksomheten ble sentrert om hvordan analyseresultatene best kunne formidles til andre (Fuglestad 1997:242). Hvordan jeg har gått frem fra start til slutt i avhandlingsarbeidet er tema for de påfølgende delkapitlene.

³⁶ Begreper som data og datainnsamling kan gi inntrykk av at “data ligger ferdige bak scenen og venter på å bli samlet inn”. En annen forståelse er at data blir *produsert* av forskeren (Aase 1997:143) og skapt “gjennom en fortolkende prosess” (Fossåskaret 1997:35). Eller som sagt med Pierre Bourdieu: Det som er gitt som data er alltid *konstruert* (Bourdieu og Wacquant 1995:207. Se også Wadel 1991).

4.2 Feltstudien

Feltstudien, som omhandler årene 2000–2003, har vært ment å fungere som en inngang til å forstå hvordan sykehusets aktører har forholdt seg til ordningen med sykepleieinnleie. Studien gir et bilde av hvordan et utvalg nøkkelaktører i sykehussektorens arbeidsmarked, har respondert på og bidratt til fremveksten av et ut- og innleiemarked for sykepleiere. En sentral målsetting har vært å belyse aktørenes oppfatninger og vurderinger av markedsdannelsen, inkludert sykepleieres mulighet for å arbeide i vikarbyråbransjen. Det handler om følgende fire aktører:

- 1) Vikarbyråbransjen som utleiende av sykepleiervikarer
- 2) Sykehusansatte sykepleiere og byråansatte sykepleiervikarer
- 3) Sykepleiere som organisert yrkesgruppe ved NSF
- 4) Sykehusene som (potensielle) innleiende av sykepleiervikarer.

Studien baserer seg flere typer datamateriale: 1) Oppslag i media, i tidsskrift og på nettsider som har sykepleieleie og/eller jobben som sykepleiervikar som tema³⁷, 2) kvalitative intervjuer i 2003 med representanter for de fire aktørgruppene, og 3) uformelle samtaler og kontakt med aktører i både vikarbyråbransjen og sykehussektoren. Det empiriske materialet rommer en rekke forskjellige tekster, deriblant avisartikler, statistikk og politiske/offentlige saksdokumenter.

4.2.1 Medieoppslag som informasjonskilde

På utkikk etter relevant informasjon søkte jeg i en rekke elektroniske databaser, medier (aviser, radio- og tv-kanaler, tidsskrifter osv.) og nettsider. Jeg søkte på emneord som vikar, sykepleiervikar, vikarsykepleier, helseut- og innleie, innleie, utleie, sykepleier og vikarbyrå. Ordene ble brukt alene og i ulike kombinasjoner med hverandre. Slik kom jeg på sporet av artikler og andre oppslag som illustrerte hvordan sykepleieleie ble omtalt og debattert i det offentlige rom, og hvilke aktører og hendelser som var sentrale i debatten. Jeg fikk informasjon om hvilke vikarbyrå som leide ut sykepleiere, hvilke sykehus som benyttet seg av sykepleieinnleie, og hva NSF mente om samme ordning. Media har i så måte fungert som en

³⁷ Sentralt står oppslag i en rekke norske aviser, artikler på NSFs nettside, i tidsskriftet *Sykepleien*, på nettsiden til vikarbyråenes bransjeforening; Servicebedriftenes Landsforening (SBL), samt diverse oppslag på nettsidene til forskjellige vikarbyrå.

nyttig informasjonskilde om den eksterne legitimeringen og mottakelsen av sykepleieleie i sykehusfeltets arbeidsmarked. Et viktig moment i dette er at de måter som den bestemte ordningen oppfattes og forstås av aktørene i casesykehuset, er tett knyttet sammen med dominerende debatter og meningsytringer om dette i sykehussektoren og offentligheten ellers.³⁸

I medias fremstilling av sykepleieleie og jobben som byråansatt sykepleier, kom flere aktører til orde med sine synspunkter. Dette gjelder ikke minst representanter fra vikarbyråbransjen, som begeistret grep muligheten til å leie ut sykepleiere da denne bød seg. Mange medieoppslag handlet om sykepleieutleie som et nytt satsingsområde for vikarbyråer. Flere oppslag satte også søkelys på den nye vikarjobben for sykepleiere, hvor det gjerne ble vist til godt fornøyde sykepleiere som hadde begynt i denne jobben. Følgende avisoverskrifter fra 2001 og 2002 illustrerer situasjonen: *Populært å bli sykepleiervikar* (Aftenposten 17.03.2001b), *Sykepleiere strømmer til vikarbyrå* (Adresseavisen 10.04.2002), *Sykepleiarar vel vikarbyrå* (Nationen 30.04.2002a), *Når vikarene skummer fløten* (Aftenposten 08.11.2001) og *Går til byrå og doblar inntekta* (Bergens Tidende 11.04.2002b).

Noen medieoppslag handlet fortrinnsvis om brukerne av sykepleieinnleie, spesielt sykehus på Østlandet og enkelte andre store sykehus. Også NSF fikk mye omtale og dermed den kritikk som NSF rettet mot den nye markedsdannelsen. Videre satte media, deriblant flere store aviser, søkelys på sykepleiere som var negative til at deres arbeidsgiver leide inn godt betalte sykepleiervikarer. Følgende avisoverskrifter er illustrerende i så måte: *Vurderer å slutte* (Bergens Tidende 22.02.2002b) og *Lei av å lære opp vikarer* (Aftenposten 24.02.2002a). I mange av oppslagene var budskapet at den nye vikarpraksisen “skader arbeidsmiljøet og hindrer stabilitet på arbeidsplassen” (Dagbladet 09.09.2001: *Omsorg til leie*). I enkelte andre ble det rettet et kritisk blikk på de økonomiske sidene ved den nye vikarordningen, hvor det

³⁸ Anders Vassenden (2008:3, 26) peker på noe liknende i sin studie av flerkulturelle forståelsesformer blant majoritetsnordmenn. For å analysere informantenes meninger og argumentasjon om bl.a. hijab og etablering av “moskeer” i nærmiljøet, la Vassenden vekt på å få grep om veletablerte stereotyper og nasjonale diskurser og debatter om innvandring og integrasjon, slik disse bl.a. fremkommer i medier og politiske diskusjoner og vedtak. Bakgrunnen var en antakelse om at informantenes oppfatninger er tett relatert til denne typen forhold. En lignende argumentasjon er fremmet av Tone Opdahl Mo (2006), som i sin doktoravhandling av hvordan nye ideer om styring og ledelse utfordrer sykehusfeltets faglige rasjonaler brukte en avisdebatt om profesjonsnøytral ledelse som datamateriale. Valget ble begrunnet med at den aktuelle debatten “skarpestiller noen viktige temaer som reformen [enhetlig ledelse] aktualiserer, samtidig som den illustrerer hvordan reformen ble forhandlet i det offentlige rom” (2006:92).

vesentlige var at ordningen var til økonomisk belastning for sykehusene. I enkelte tilfeller ble det også hevdet at bruken av sykepleieinnleie kunne være til ulempe for pasientene.

Det er viktig å være seg bevisst at de synspunkter som dominerer medias fremstilling i en sak, i større eller mindre grad kan representere en eller utvalgte parter/aktører. De som uttaler seg kan videre ha interesse av at holdninger og vurderinger spissformuleres. I tillegg kan uttalelser fra intervjupersoner være tatt ut av sin sammenheng (Grotle 2000:19). Likevel kan oppslag i trykte og elektroniske medier være en god datakilde. Scott et al. (2000:51, 55–56) brukte medieoppslag i sin studie av institusjonell endring i helsesektoren i USA. Oppslagene ble supplert med informantintervjuer og arkivmateriale. Den viktigste begrunnelsen for å bruke flere typer data, var at dette gir gode forutsetninger for å fremstille forskjellige hendelser.

De oppslag som jeg har gjort bruk av, var viktige for å opparbeide en forståelse av hvordan de valgte nøkkelaktørene agerte i forhold til de muligheter som oppsto i kjølvannet av den aktuelle lovliberaliseringen. Media fremstilte i hovedsak sykehusenes bruk av sykepleieinnleie som et resultat av sykepleiemangelen. Argumentet var at sykehusene leide inn sykepleiere fordi de hadde problemer med å rekruttere og beholde det tilstrekkelige antall sykepleiere. Den nye vikarbruken ble således presentert som en løsning eller et svar på sykehusenes rekrutterings- og bemanningsproblemer. De vikarbyrå som leide ut sykepleiere ble på dette grunnlag spådd “en lys framtid” (Dagbladet 09.09.2001: *Omsorg til leie*). Medias fremstilling av situasjonen gjorde meg nysgjerrig på hvilke motiver sykehusene kunne ha for å bruke sykepleieinnleie og hvordan man i sykehusene benyttet og oppfattet innleieordningen.

4.2.2 Intervjuer med aktører i feltet

I mars 2003 startet jeg med kvalitative intervjuer av ansatte ved casesykehuset. I tillegg intervjuet jeg en oversykepleier ved et universitetssykehus på Østlandet, fem ansatte i to vikarbyrå, en tillitsvalgt i NSF, og hadde uformelle samtaler med en sentral NSF-ansatt.

Fire av de fem vikarbyråansatte som jeg intervjuet, to ledere og to sykepleiervikarer, tilhørte et vikarbyrå som casesykehuset leide inn sykepleiere fra. Vikarbyrået vil her bli omtalt som *Det tradisjonelle vikarbyrået* (DTV) – en betegnelse som indikerer at byrået eksisterte også før den aktuelle lovendringen, da det utelukkende drev med utleie av “tradisjonelle vikar-

grupper” slik som merkantilt personell. Intervjuet med de to lederne i dette vikarbyrået ledet meg til navn på mulige informanter i casesykehuset (fortrinnsvis ledere med erfaring med sykepleieinnleie og det aktuelle byrået), samt med sykepleiervikarer i samme byrå. I 2003 intervjuet jeg to sykepleiervikarer, som begge hadde hatt oppdrag for dette byrået i sykehuset.

Kontakt med en leder i NSF sentralt brakte meg i kontakt med oversykepleieren ved et universitetssykehus på Østlandet. Vedkommende hadde en uttalt negativ holdning til sykepleieleie. Jeg intervjuet oversykepleieren i forbindelse med en sykepleierkonferanse i 2003.³⁹ På samme konferanse intervjuet jeg daglig leder i et vikarbyrå som hadde spesialisert seg på sykepleieutleie.

Samtlige av disse intervjuene ble gjennomført i perioden mars–juli 2003. I samme periode fant de første intervjuene med ansatte i sykehuset sted.

4.3 Sykehusstudien

4.3.1 Et “embedded” casestudiedesign

Sykehusstudien er med sitt fokus på *ett* sykehus og *flere* sykehusavdelinger, forstått som flere analyseenheter, en *enkelt* casestudie med et “*embedded*” *forskningsdesign* (Hartley 2004:326; Yin 1994:38, 41). Designet har gitt muligheter for *komperasjoner* internt i sykehuset, noe som bl.a. har avdekket ulike anvendelser av og forestillinger om sykepleieinnleie ved forskjellige sykehusavdelinger.

Opprinnelig var tanken at jeg skulle gjennomføre intervjuer ved *flere* sykehus, men de variasjoner som fremkom gjennom intervjuer med ansatte ved casesykehuset gjorde at jeg bestemte meg for å konsentrere meg om dette ene sykehuset. Valget falt dermed på en enkel casestudie med et “embedded” design, til forskjell fra et multipelt casestudiedesign med flere sykehus. Dette ga et godt utgangspunkt for grundig og detaljert innsikt i hvordan innleie-modellen var adoptert, oversatt og legitimert av aktørene i sykehuset. Det ble mulig å gå i *dybden* i forhold til de måter som innleiemodellen ble brukt på, tilpasset og produsert mening om, og følgelig utforske avdelingsvise variasjoner. Et “embedded” casestudiedesign åpner

³⁹ I etterkant av intervjuet sørget vedkommende for at jeg fikk tilgang til den avtale om sykepleieinnleie som dette sykehuset hadde med et privat vikarbyrå, samt de interne retningslinjer som regulerte bruken av den bestemte vikarordningen i sykehuset.

nettopp for å kunne studere variasjon og mangfoldighet i *en* og samme organisasjon, og dermed for å ha blick for forhold som ikke nødvendigvis ville ha kommet til syne dersom organisasjonen ble behandlet som en enhetlig aktør (Nilsen 2007:146).

Casesykehuset er med sine flere tusen ansatte og nærmere 20 avdelinger en stor organisasjon og et stort norsk sykehus. Størrelsen går i favør av et “embedded” casestudiedesign, hvor det tas på alvor at sykehuset består av mange forskjellige enheter.

4.3.2 Personalavdelingen som kontaktpunkt

Sommeren 2002 tok jeg kontakt med sykehusets personalavdeling, for å forhøre meg om muligheten for å innhente data om sykehusets bruk av sykepleieinnleie. Enkelte medieoppslag hadde omtalt sykehusets nye innleiepraksis. Min forespørsel ble positivt mottatt. Raskt fikk jeg tildelt en *kontaktperson* i Personalavdelingen, som skulle bistå meg i arbeidet med å frem-skaffe relevant informasjon. På mitt initiativ ble det i februar 2003 avholdt et *møte* med flere personalansatte som på forskjellig vis arbeidet med å rekruttere og beholde sykepleiere og/eller lage vikarordninger for nettopp denne yrkesgruppen. Jeg benyttet anledningen til å fortelle hva som interesserte meg, hvordan jeg metodisk ønsket å gå frem i studien og til å få vite mest mulig om sykehusets bruk av og planer i forhold til sykepleieinnleie. De ansatte fortalte relativt åpent om sykehusets rekrutterings- og bemanningspolitikk, inkludert bruken av sykepleieinnleie og hvordan dette ble oppfattet i sykehuset og i sykehusmiljøet ellers.

I etterkant av møtet utarbeidet jeg en kort *oppsummering* over hvilke temaområder som interesserte meg når det gjaldt sykehusets bruk av sykepleieinnleie, og hvilke tema/spørsmål jeg anså som spesielt aktuelle for intervjuer med sykehusansatte. På oppfordring fra Personalavdelingen laget jeg en liste over hvilke grupper av ansatte som jeg ønsket å intervju. Jeg påpekte at jeg så det som hensiktsmessig å starte med intervjuer av “nøkkelpersoner”, slik som ledere ved avdelinger som leide inn sykepleiere og personalansatte med kunnskap om denne vikarordningen. Følgende grupper av ansatte ble listet opp som potensielle informanter:

- Nøkkelpersoner i administrasjon og ledelse: Ansatte/ledere i Personalavdelingen, slik som rekrutteringsansvarlige, administrasjon/ledelse i sykehusets interne vikarsenter
- Avdelingsledere, deriblant oversykepleiere
- Interne sykepleiere

- Interne sykepleiervikarer (ansatt i/formidlet av Det interne vikarsenteret)
- Eksterne sykepleiervikarer (ansatt i/formidlet av eksterne/private vikarbyrå)
- Lokale og sentrale tillitsvalgte i NSF.

Basert på denne listen ga kontaktpersonen meg navnet på ni personer som befant seg i de øverste to gruppene (en avdelingsleder, en assisterende sjefssykepleier, en overjordmor, tre oversykepleiere og tre personalansatte). Personene var blitt kontaktet av min kontaktperson, som hadde orientert dem om at jeg muligens ville ta kontakt i forbindelse med min forskning. De var også blitt tilsendt den oppsummeringen som jeg hadde laget. Senere fikk jeg oppgitt navnet på ytterligere fire personer som ifølge min kontaktperson hadde nyttige erfaringer med sykepleieinnleie, eller på andre måter hadde innsikt som kunne være relevant for min studie.

Jeg undertegnet etter hvert en standard *samarbeidsavtale* med Personalavdelingen, som bl.a. ivaretar spørsmålet om konfidensialitet i forhold til bruk av enkelte data. Dette er vanlig praksis når forskere gis tilgang til å benytte data fra sykehuset til forskning og oppgaveskriving.

4.3.3 Valg av avdelinger og rekruttering av informanter for intervju

Blant de personer som min kontaktperson anbefalte meg å snakke med, fantes det flere potensielle nøkkelinformanter med mye relevant kunnskap. Jeg tok kontakt med de fleste av disse, hvorav syv ble intervjuet. Enkelte informanter var behjelpelige med å nominere andre informanter, på den måten at de foreslo personer som de mente hadde erfaringer og/eller informasjon som var relevant for mitt forskningstema. Jeg fikk også enkelte tips om avdelinger som burde inkluderes i utvalget. Gjennom å bruke slike forslag har jeg benyttet en form for *snøballutvelgelse*, noe som anses som en vanlig måte å lokalisere og rekruttere informasjonsrike nøkkelinformanter (Patton 2002:237). Metoden brukes også for raskt komme i gang med intervjuer i en kvalitativ undersøkelse. Snøballbetegnelsen beskriver et utvalg som i begynnelsen er lite og som gradvis blir større. Ofte er det slik at forskeren ber sine informanter om å rekruttere andre informanter til studien (Andrews og Vassenden 2007:152, 154; Rose 1982).

Personalavdelingen ga informasjon om hvilke avdelinger som benyttet og ikke benyttet seg av sykepleieinnleie. På bakgrunn av et ønske om *variasjon* i utvalget av avdelinger og informanternes erfaringer med sykepleieinnleie, kontaktet jeg ansatte ved begge typer

avdelinger. Fordi flere sykehusansatte ikke bare uttalte seg om egen vikar- og bemanningspraksis, men også om vikar- og bemanningspraksisen(e) ved andre avdelinger/sengeposter, fikk jeg stadig tips om aktuelle steder å intervju.

Totalt har jeg intervjuet ansatte ved *sju avdelinger* i sykehuset, hvorav to er administrative enheter (Personalavdelingen og Innkjøpsavdelingen) og fem er såkalte sykehusavdelinger (en psykiatrisk avdeling og fire somatiske avdelinger). Ved ytterligere tre sykehusavdelinger har jeg hatt uformelle samtaler med sykepleieledere. Studien tar for seg en periode på fem år, fra 2001 til 2006. Intervjuene med sykehusansatte fant sted i 2003, 2005 og 2006. Enkelte ansatte er intervjuet flere ganger. Det er vanskelig å si med sikkerhet om utvalget av avdelinger er det absolutt beste utvalget. Mitt inntrykk er at utvalget gir et godt bilde av anvendelsene og legitimeringene av innleiemodellen i løpet av den perioden som sykehusstudien omfatter (2001–2006). I intervjuarbeidet har jeg sett det som en fordel å ha kontakt med ansatte i både administrasjonen *sentralt* og ansatte *lokalt* ved ulike avdelinger. Mens administrasjonsansatte har gitt opplysninger om sykehusets samlede bruk av innleiemodellen og eksempler på forskjellige vikar- og bemanningspraksiser, har lokale avdelings- og sykepleieledere fortrinnsvis gitt informasjon om konkrete anvendelser og vurderinger av modellen ved egen enhet.

I 2003 intervjuet jeg seks avdelings- og sykepleieledere, en sykepleier og to personalansatte. I 2005–2006 gjennomførte jeg 14 intervjuer i sykehuset. Totalt har jeg intervjuet 17 sykehusansatte, hvorav fem er blitt intervjuet i både 2003 og 2005/2006. I tillegg har jeg på telefon og/eller i møter vært i kontakt med ytterligere 11 sykehusansatte. Totalt 28 personer. Blant informantene i sykehuset er det en klar overvekt av sykepleieledere, noe som har sammenheng med at det vanligvis er disse lederne som avgjør hvorvidt og eventuelt hvordan innleiemodellen skal brukes ved egen enhet. Lederne er valgt på bakgrunn av karakteristika ved den avdeling/sengepost som de arbeidet ved. Jeg har til sammen intervjuet ledere ved fem sykehusavdelinger; fire somatiske og en psykiatrisk. Et sentralt utvalgskriterium har vært avdelingens bruk av sykepleieinnleie, hvor det ikke bare er blitt gjennomført intervjuer med ansatte i avdelinger som *har* erfaring med sykepleieinnleie, men også med ansatte som på intervjutidspunktet arbeidet ved avdelinger som *ikke* praktiserte sykepleieinnleie. Siden lederne ved sistnevnte avdelinger ikke hadde noe aktivt forhold til det som primært opptok

meg (sykepleieinnleie), fungerte avdelingene som “negative tilfeller” (Lincoln og Cuba 1985 referert i Ryen 2002:87).

En samlet oversikt over gjennomførte intervjuer og møter, finnes i vedlegg 1 og 2. Oversikten viser også hvordan informantene refereres til i teksten, i tilfeller med informantsitater og lignende. Informantene er vanligvis sitert med korrekt stillingsbetegnelse, noe som er gjort i samråd med informantene. I de tilfeller hvor informantene har ønsket å være anonyme, er korrekt stillingsbetegnelse erstattet med en mer generell stillingsbetegnelse. Eksempelvis er enkelte ansatte i Personalavdelingen referert til som personalansatte, istedenfor med deres egentlige tittel.

4.3.4 Skriftlige (interne) dokumenter

Dokumenter som vedrører sykehusets rekrutterings- og bemanningspolitikk/-praksis, og da især bruken av sykepleieinnleie, har vært et viktig supplement til intervjuene. Av anvendte dokumenter finnes både *interne* skriv, notater og dokumenter (møtereferater, innleieavtaler, evalueringer, e-poster m.m.), og *offentlig* dokumenter slik som markeds-/anbudsforespørsler og årsmeldinger. Det er spesielt sykehusets sentraladministrasjon, primært representert ved Personalavdelingen, som har vært behjelpelig med å skaffe relevante dokumenter. I flere tilfeller er det også denne avdelingen som har stått for utarbeidelsen av dokumentene. Slik er det for eksempel med de interne saksinnmeldingene som handler om sykepleieinnleie, og den informasjon som er gitt til sykehusets ledere om denne ordningen.

Det er en omfattende dokumentasjon som ligger til grunn for beskrivelsene av hendelsesforløp, situasjoner og fortolkninger i analysekapitlene. I de tilfeller hvor det benyttes skriftlige kilder som dokumentasjon, er dette markert. Enkelte henvisninger vil gjøre leseren oppmerksom på hvilket sykehus som omhandles. Jeg har likevel valgt å la være å anonymisere disse kildene. Fra sykehusets side har det aldri vært noe krav om anonymisering.

4.4 Intervjuarbeidet

Samtlige intervjuer har hatt karakter av å være *delvis strukturerte* (Kvale 1997:129; Ryen 2002:99; Thagaard 2003:85). Før hvert intervju satte jeg opp noen tema/spørsmål som jeg ønsket å ta opp med informanten. Samtidig var den enkelte intervjusituasjon preget av en

åpenhet i forhold til å belyse nye/andre temaer og problemforståelser, noe som ga intervjuformen stor grad av fleksibilitet (jf. Patton 2002:342). Jeg benyttet meg av en *intervjuguide* som var tilpasset dem jeg intervjuet. Eksempelvis ble det brukt forskjellige guider i intervjuer med henholdsvis sykepleieledere og ledere i vikarbyrå. Innholdet i guiden varierte med andre ord etter hvem jeg intervjuet, noe som var nødvendig siden informantene hadde ulike roller, erfaringsbakgrunn og innsikt i de studerte tema. De forskjellige guidene ble justert etter hvert som prosjektet skred frem, som følge av at det skjedde endringer som det var naturlig å korrigere for. Vedlegg 3 viser eksempler på to anvendte intervjuguider.

De fleste intervjuer og møter ble gjennomført på arbeidsplassen til informantene. Dette gjelder samtlige ansatte i sykehuset, hvor intervjuene fant sted på informantens kontor eller på et egnet møterom. Intervjuet med en tillitsvalgt i NSF fant også sted på informantens kontor. Intervjuet med de to lederne i Det tradisjonelle vikarbyrået fant sted på et møterom i byråets lokaler. Samme sted ble også en sykepleiervikar i dette byrået intervjuet. En annen vikar i byrået ble intervjuet på et møterom i sykehuset, etter at vikaren hadde avsluttet et oppdrag der. Dette ble gjort i samråd med både vikaren, den avdeling som leide inn vikaren og ledelsen i det bestemte vikarbyrået. Daglig leder i Medisinsk Vikarbyrå (MV) og over-sykepleieren ved et universitetssykehus på Østlandet, ble begge intervjuet på et hotell hvor de deltok på en sykepleiekonferanse.

Intervjuene varte fra om lag tre kvarter til to timer, hvor det vanligste var en varighet på halvannen time. Etter hvert som intervjuene forelå på bånd,⁴⁰ ble de transkribert til skriftlig form. Intervjuene er skrevet ut på bokmål. Jeg tok også notater i intervjuene. Bruken av båndopptaker gjorde at jeg kunne konsentrere meg om det informantene fortalte i intervjuet, og at jeg fikk et godt utgangspunkt for analysearbeid og presentasjon av resultatene. Informantene har fått tilbud om å lese og komme med korrigeringer til utskrift fra eget/egne intervju(er), noe de aller fleste takket ja til. Opplegget fungerte godt av spesielt to grunner. For det første ser det ut til at dette gjorde informantene trygge i intervjusituasjonen, noe jeg setter i sammenheng med at de har hatt visshet om at dersom det de sa kom feil ut, kunne de lett korrigere dette i ettertid. For det andre har informantenes kommentarer til eget/egne intervjuutskrift(er)

⁴⁰ Ett intervju ble ikke tatt opp på bånd, i tråd med informantens ønske. En sykepleieleder ønsket ikke at jeg brukte båndopptaker i et oppfølgende intervju av henne. Begrunnelsen var misnøye med hvordan det hun hadde sagt i første intervju fremkom av intervjuutskriften. I tillegg fikk jeg i et annet intervju problemer med båndopptakeren, noe som gjorde at kvaliteten på opptaket og dermed også utskriften ble dårligere enn det den ellers ville ha blitt.

fungert som en bekreftelse for meg på at informantene sto inne for det som fremkom av denne/disse utskriften(e). Siden jeg for de sykehusansatte sin del i de fleste tilfeller har benyttet de ansattes reelle stillingstittel, og også angir ved hvilke avdelinger jeg har intervjuet, har dette vært spesielt viktig.⁴¹

To informanter har i dialogen om eget/egne intervjuutskrift(er) bedt om å få vite hva jeg eventuelt siterer dem på. Ønsket er innfridd på den måten at anvendte sitater er sendt dem på e-post. I forhold til bruken av et sykehusinternt dokument opplevde jeg en liknende situasjon. For å få tilgang til dette dokumentet måtte jeg angi hvilke deler av dokumentet jeg kom til å sitere i avhandlingen. Dette gjorde jeg ved å bruke samme fremgangsmåte som over. I begge tilfeller ble min bruk av henholdsvis intervjuutskrift og dokument godtatt uten tilføyelser eller endringer av noe slag. Et spørsmål som ble aktualisert i forbindelse med disse episodene, er hva informert samtykke egentlig omfatter. Er det for eksempel slik at informert samtykke også skal gjelde tolkningen av data? Hovedregelen er at et samarbeid om tolkningen, mellom forsker og informant, først og fremst er relevant i prosjekter som har informantens selvforståelse i fokus. I situasjoner hvor forskeren setter dataene inn i en faglig sammenheng som går utover informantens selvforståelse, kan ikke informert samtykke omfatte tolkningen. Dette er en særdeles viktig presisering med tanke på opprettholdelsen av den fleksibilitet som karakteriserer kvalitativ forskning (Thagaard 2003:190).

Seks sykehusansatte er intervjuet flere ganger, og da gjerne både i 2003 og 2005/2006. I disse tilfellene har det andre og eventuelt også tredje intervjuet hatt form av å være en oppfølger av det eller de to første, hvor det i tillegg til å handle om nye ordninger og praksiser, har dreid seg om å klargjøre forhold som angikk situasjonen på tidligere intervjuetidspunkt. Samtlige av de som ble intervjuet flere ganger benyttet seg av tilbudet om å lese intervjuutskriftene. I den forbindelse har utskrifter fra tidligere intervju vært til stor hjelp for meg, og trolig også for informantene. Ved å vise til hva som ble sagt sist gang vi møttes, om for eksempel bruken av sykepleieinnleie ved avdelingen, fikk jeg ofte utdypende svar på hvordan og hvorfor ting hadde utviklet seg slik det hadde. Noen informanter brukte de(n) tidligere intervjuutskriften(e) aktivt i senere intervju, ved bl.a. å sammenlikne dagens situasjon med den situasjon som de hadde beskrevet tidligere. En personalansatt som jeg intervjuet tre ganger, kommenterte

⁴¹ Ove Skarpenes (2004:30) kommenterer samsvarende i sin studie: "Alle informantene jeg har sitert er kontaktet i ettertid, for å få deres godkjennelse til bruk av sitatene. Det var viktig, siden informantene i avhandlingen ikke er anonymiserte".

eksempelvis at “det er jo mer aktuelt nå, enn sist vi snakket sammen” (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006). En oversykepleier som jeg intervjuet i 2003 og 2006 sa i det siste intervjuet at de nok bare hadde “ringt *en* gang eller to til [Det tradisjonelle vikarbyrået], det er toppen, siden jeg snakket med deg sist” (S7, Oversykepleier Nevrokirurgisk, intervju 10.01.2006). Uttalelsene viser at informantene brukte det de hadde fortalt i forrige intervju, for å fortelle om dagens situasjon.

Etter å ha lest utskriften fra eget/egne intervju(er), ønsket enkelte informanter å gjøre små endringer i deler av utskriften(e), slik at denne/disse i større grad samsvarte med deres oppfatninger, vurderinger eller faktiske forhold. Endringene var vanligvis slik at deler av én eller flere setninger ble strøket, at enkelte ord ble fjernet eller gjort om, eller at det kom til tilføyninger slik at innholdet i størst mulig grad stemte med den måten som de oppfattet virkeligheten på. Slike endringer dreide seg ofte om å presisere faktaopplysninger, og ikke om å endre innholdet i egne normative utsagn. Dette samsvarer med erfaringene til Skarpenes (2004:30), som har gjort bruk av en liknende prosedyre. I likhet med Skarpenes erfarte jeg at de fleste informantene meldte tilbake at de ikke hadde noen korrigeringer til utskriften.

I tillegg til intervjuer og møter med ulike aktører i sykehuset, sykehusfeltet og vikarbyråbransjen har jeg som nevnt hatt utbytte av samtaler og annen kommunikasjon av mer uformell karakter. Dialogen har hatt preg av såkalte *feltsamtaler* (Wadel 1991), lik den dagligdagse praten mellom folk. Jeg har i særlig grad hatt slik kontakt med enkelte av de sykehusansatte og da primært de personalansatte.

Intervjuundersøkelsen i sykehuset ble avsluttet sent i 2006. Kontakten med enkelte sykehusansatte og enkelte øvrige aktører i casesykehuset, samt i Det tradisjonelle vikarbyrået, ble imidlertid opprettholdt også etter dette.

4.5 Bearbeiding og analyse av data

Innsamling og analyse av data har ikke fungert som separate ledd i påfølgende stadier, men artet seg som mer eller mindre overlappende prosesser både i tid og innsats (jf. Ryen 2002:145). Ideer for “making sense of the data” oppsto allerede da jeg holdt på med intervjuarbeidet, som ledd i skriving av intervjunotater og arbeidet med datainnsamlingen mer

overordnet (Patton 2002:436). Kategoriseringen av data er blitt endret etter hvert som det har kommet til ny informasjon og det teoretiske rammeverket er blitt tydeligere. Videre er sammenfatninger av dataens meningsinnhold blitt utarbeidet samtidig med at tolkningsarbeidet har startet opp. En fordel med å starte analysearbeidet i løpet av datainnsamlingen er den mulighet som dette gir for å vurdere om de valgte fremgangsmåtene gir relevant informasjon.

4.5.1 På jakt etter mening og mønstre i datamaterialet

Etter hvert som data ble samlet inn, ble de ordnet *kronologisk*, noe som er en vanlig klassifisering i kvalitative studier av *prosesser* (Hammersley og Atkinson 1992:163). Dataene ble nøye gjennomgått etter hvert som de forelå i skriftlig form. For eksempel ble informantintervjuene, i form av transkripsjoner, lest grundig flere ganger. Formålet var å oppnå en fortrolighet med eget datamateriale og komme på sporet av interessante mønstre og tema (ibid.:172). Jeg startet tidlig å utarbeide *sammenfatninger* av den innsamlede informasjonen. Disse var i hovedsak sentrert om sentrale temaer og kategorier, og fungerte som et hjelpemiddel til å se sammenhenger og foreta sammenlikninger (jf. Thagaard 2003:153). Deler av intervjumaterialet ble sortert etter et utvalg forholdsvis brede kategorier, noe som ga anledning til å sortere datamaterialet (jf. Wolcott 2001:42).

I sykehusstudien hadde jeg fordel av å gruppere materialet ut fra den avdeling hvor dataene var samlet inn. *Avdelingsvise beskrivelser* var strukturert etter tema, noe som åpnet for sammenlikninger på tvers av avdelingene i utvalget. Fremgangsmåten gjorde det mulig å foreta vekslinger mellom det informantene enkeltvis hadde fortalt, og annen informasjon om informantenes respektive avdelinger. Gjennom hele forskningsprosessen har jeg vært opptatt av hvordan situasjonen ser ut ved casesykehuset som helhet, og ved de avdelinger som jeg mer spesifikt har samlet inn informasjon om. Detaljerte beskrivelser for hver avdeling bidro til nyttige struktureringer av datamaterialet. Fremgangsmåten har paralleller til det Kathleen M. Eisenhardt (1989:539–540) forfekter som viktig for casestudier som har et teoriutviklende siktemål.⁴² Her er “within-case analysis” å regne som første ledd i analysen. Det karakteristiske for analysemåten er utarbeidelsen av detaljerte “case study write-ups for each

⁴² Det skal påpekes at Eisenhardt (1989) argumenterer for komparasjoner *mellom* ulike organisatoriske kontekster, til forskjell fra min studie som innebærer komparasjoner av enheter (minicase) *innen* samme organisatorisk kontekst (casesykehuset). Den valgte fremgangsmåten er, som påpekt av W. Gibb Dyer Jr. og Alan L. Wilkins (1991:614), den langt vanligste i casestudieforskning.

site”. Dette er gjerne rene beskrivelser, som likevel er sentrale for tilegnelsen av innsikt. Beskrivelsene kan bidra til at forskeren klarer å håndtere store mengder data allerede tidlig i analysearbeidet. Målsettingen er å bli godt kjent med hvert enkelt-/minicase som “a stand-alone entity” (ibid.:540). Dette åpner for oppdagelser av unike mønstre eller sammenhenger i de forskjellige casene, noe som bør finne sted *før* oppmerksomheten rettes mot sammenhenger mellom forskjellige caseenheter (Hillestad 2004:60). Dette er bl.a. beskrevet slik: “It is crucial to have understood the dynamics of each particular case *before* proceeding to cross-case explanations” (Miles og Huberman 1994:207). I neste skritt i analysen, “cross-case search for patterns”, undersøkes data fra ulike synsvinkler på jakt etter kategorier eller dimensjoner, og forskjeller og likheter innbyrdes i, og mellom, caseenhetene (Eisenhardt 1989:540).

4.6 Vurdering av kvaliteten på dataene og forskningen som helhet

Flere av valgene som jeg har gjort rede for over, har reliabilitets- og validitetsmessige konsekvenser, hvorav enkelte allerede er diskutert. Jeg skal her fremheve noen forhold, som ledd i en samlet vurdering av forskningsprosessen og de innsamlede data. Studien baserer seg på et rikt datamateriale, ervervet gjennom anvendelsen av ulike datakilder og innsamlings-teknikker. Primært er kvalitative intervjuer blitt brukt for å kaste lys over innleiemodellens adoptering på organisasjonsnivå (sykehusstudien), og for å gi innsikt i de måter som modellen har blitt fortolket og forstått av sentrale aktører i feltet som helhet. I sykehusstudien ble det først opprettet formell kontakt med sykehuset, via Personalavdelingen, før jeg kontaktet sykehusansatte som kunne være aktuelle for intervju. Enkelte ansatte er intervjuet flere ganger. Intervjusituasjonen har vært preget av åpenhet.

Informantenes perspektiv og ståsted er imidlertid ikke akseptert som den eneste kilden til rimelige og troverdige beskrivelser og vurderinger (jf. Jacobsen 2006:75). Ved å intervju forskjellige grupper av ansatte, har jeg fått tilgang til vurderingene til flere aktører. Personalansatte har kommet med sine refleksjoner over sykehusets og enkeltavdelingers bruk av sykepleieinnleie. Lokale avdelings- og sykepleieledere har beskrevet bemannings- og vikarpraksisen ved *egen* og gjerne også *andres* avdelinger, samt Personalavdelingens arbeid på området. Videre er innholdet i sykehusinterne dokumenter blitt testet ut i intervjuene, på den

måten at jeg bl.a. har intervjuet personer som har stått sentralt i utarbeidelsen av viktige dokumenter (eksempelvis sykehusets første anbudsforespørsel om sykepleieinnleie).

Dokumenter om den politiske prosessen som førte til at lovverket åpnet for sykepleieleie, har vært lett tilgjengelig via Internett. Tilgangen på medieoppslag som omhandler sykepleieleie har også vært god. Utfordringen her har vært å inkludere ulike søkemotorer, slik at jeg favner bredt i søket etter aktuelle artikler/oppslag. Tilgangen på sykehusinterne dokumenter har vært mer komplisert. I min kontakt med ansatte i sentraladministrasjonen opplevde jeg en imøtekommende holdning i forhold til å få tilgang på skriftlig informasjon, samtidig som jeg erfarte det som vanskelig å få akkurat den informasjonen som jeg ønsket meg. Årsaken til det har som oftest vært at administrasjonen/sykehuset ikke hadde tilgjengelig den informasjon som jeg etterspurte.

I bruken av sitater fra intervjuene er det foretatt enkelte utskiftninger og endringer for å dekke over navn på enheter, ordninger og personer. Dette gjelder forhold som ikke har direkte relevans for budskapet, hvor for eksempel navnet på en person, avdeling eller ordning er erstattet med et fiktivt navn eller bokstaver som N.N., X og Y. I de tilfeller hvor dette er blitt gjort, er det markert ved bruk av klammer, slik som når navnet på et vikarbyrå er skiftet ut med [Det tradisjonelle vikarbyrået]. Likevel er det, spesielt for sykehusstudien, en mulighet for at personer kan bli identifisert. Dette har sammenheng med at jeg angir de avdelinger hvor jeg har intervjuet og i de fleste tilfeller benytter informantenes faktiske stillingstittel, slik som over- og avdelingssykepleier.⁴³ Det er en kjent sak at anonymitet kan være et problem i studier hvor (flere) informanter representerer samme nettverk. Dette har jeg også vært i dialog med informantene om. I de få tilfeller hvor informantene har ønsket en fiktiv stillingstittel, ved sitering, er dette blitt ordnet i samråd med informantene.

Gjennom bruk av klassifiseringer av typen S3 og S4 går det frem, av informantsitatene, hvem som står for uttalelsene. Det samme gjør informantenes stillingstittel, avdelings- og/eller organisasjonstilhørighet. Samtlige sykehusansatte har *koder* som starter med S. Ansatte som arbeider for Det tradisjonelle vikarbyrået (DTV) er referert slik at deres tilknytning til byrået tydeliggjøres. De sykepleiervikarer som er intervjuet, er eksempelvis referert som Vikar1 i

⁴³ Forkortelsen *avd.spl.* vil bli brukt for *avdelingssykepleier*, og forkortelsen *overspl.* for *oversykepleier*.

DTV og Vikar2 i DTV.⁴⁴ Den oversykepleier som er intervjuet fra et annet sykehus enn case-sykehuset, refereres til som oversykepleier ved et Universitetssykehus på Østlandet, en anonymisering som er gjort i samråd med informanten. Det samme er tilfelle med den tillitsvalgte i NSF – også her er det i dialog med informanten blitt utarbeidet en slags anonymisering i form av en forholdsvis generell tittel. Samtlige intervjusiter har med *dato* for når intervjuet fant sted. Dette er av særlig betydning for sykehusstudien, siden denne handler om hvordan anvendelser og vurderinger av innleiemodellen har utviklet seg over tid. For mer informasjon om hvordan de forskjellige informantene er referert, se vedlegg 1 og 2.

Når det gjelder *tolkningen av forskningens resultater*, vil jeg bemerke at jeg i gjennomføringen av casestudien til dels har benyttet meg av fremgangsmåten med såkalte negative tilfeller. Dette innebærer “å fokusere på situasjoner hvor de generelle tendensene i materialet enten ikke gjelder eller er lite fremtredende” (Thagaard 2003:180). Strategien er brukt ved å intervju og samtale med ansatte ved sykehus som atskiller seg fra casesykehuset, hva angår bruken av og synet på innleiemodellen, og ved å inkludere sykehusavdelinger i utvalget som ikke brukte innleiemodellen. Dette betyr at utvalget av sykehusavdelinger består av både “confirming” og “disconfirming cases” (Patton 2002:239).

Prosedyren med å gi informantene mulighet til å lese og komme med korreksjoner til utskrift fra eget/egne intervju(er), styrker *påliteligheten* i dataene og dermed også grunnlaget for tolkning. Det samme kan sies om bruken av båndopptaker i intervjuene. Ved å ha intervjuene på lydbånd styrkes muligheten for nøyaktige intervjuutskrifter, uten påvirkning fra forskeren. Dette bidrar ikke bare til høy grad av reliabilitet, men også til forskerens grunnlag for å gjøre gode tolkninger (Ryen 2002:181–182; Thagaard 2003:179).

Når det gjelder spørsmålet om hvordan mine tolkninger står i forhold til tolkninger fra andre studier, må det påpekes at innleiemodellens fremvekst, utbredelse og funksjon i norsk helse- og sykehussektor er lite studert. Slik jeg vurderer det, er det imidlertid ikke nødvendigvis studier av denne bestemte vikarordningen som er den viktigste referanserammen, men studier

⁴⁴ Daglig leder i Medisinsk Vikarbyrå (MV) er ikke blitt anonymisert på denne måten. Jeg har valgt å beholde korrekt stillingstittel og organisasjonsnavn, noe jeg har gjort med bakgrunn i flere forhold. For det første, mente informanten selv at det ikke var noe behov for anonymisering. For det andre, var informanten aktiv i det offentlige ordskiftet om sykepleieleie, noe som gjør at hans meninger om ordningen er bekjentgjort gjennom oppslag i flere medier. For det tredje, er ikke lenger MV et utleiebyrå. For det femte, var det ikke noe kontroversielt i det informanten fortalte i intervjuet.

av reformer i norsk og skandinavisk helse- og sykehussektor som bruker nyinstitusjonell teori. I begge typen studier finnes det flere interessante paralleller med hensyn til forskningsdesign, datainnsamling, tolkninger og/eller funn.

I forhold til *overførbarhet* i kvalitativ forskning, er det sentrale spørsmålet om den tolkningen som utvikles kan være relevant i andre sammenhenger (Thagaard 2003:184). Er det slik at studien bidrar til en mer generell teoretisk forståelse? Kan forskningsresultatene benyttes i andre sammenhenger? Kan mine erfaringer overføres til å gjelde andre virksomheter og/eller organisatoriske felt? Studien er først og fremst et bidrag til forståelsen av etableringen av sykepleie som ordning på felt- og organisasjonsnivå i Norge. Studien gir især innblikk i innleiingsmodellens institusjonalisering; fra først å være et ukjent fenomen i norsk sykehussektor, til å ta form som mer eller mindre innarbeidete vikarpraksiser. Studien sier imidlertid ikke bare noe om sykepleie, den genererer også kunnskap av teoretisk betydning ved å kaster lys over fenomener som adoptering, oversettelse og legitimering av oppskrifter/ideer. Studien gir videre et bidrag til forståelsen av sykehuset som organisatorisk virksomhet og reformprosesser i sykehussektoren.

Det er her på sin plass å fremheve poenget til Robert Yin (1994:10), om at casestudiens *generalisering* hviler på en analytisk eller teoretisk representativitet, til forskjell fra en statistisk representativitet. Ambisjonen vil i så tilfelle være å komme frem til en forståelse som peker utover forskningsprosjektet og/eller som videreutvikler den teori som prosjektet tar utgangspunkt i (Thagaard 2003:188). Det kritiske spørsmålet er i hvilken grad forskeren er i stand til å generere teori av de empiriske funnene (Bryman 2004:52; Flyvbjerg 2003:423–425). I casestudieforskning er en med andre ord opptatt av “the quality of the theoretical reasoning in which the case study researcher engages” (Bryman 2004:52). I studier med *en* caseorganisasjon, slik som i mitt tilfelle, er det forskerens oppgave å beskrive organisasjonen så godt som mulig og løfte frem både *spesifikke* og *generelle* sider ved det som studeres (Hartley 2004:331).

Overførbarhet kan knyttes til *gjenkjennelse*, hvorpå det ikke lenger er forskeren, men personer med erfaring fra og kjennskap til de(t) studerte fenomen/situasjoner, som må avgjøre om de kjenner seg igjen i de tolkninger og beskrivelser som fremmes (Thagaard 2003:186). De tendenser som jeg fremhever, bygger på analyser av et datamateriale rikt på detaljer. I

sykehusstudien står informantintervjuene i en særstilling som datakilde. Utviklingstrekk og mønstre i bruken og vurderingene av innleiemodellen er noe jeg underveis har diskutert med flere sykehusansatte. Jeg har i stor grad erfart at mine tolkninger har vekket gjenklang hos dem jeg har snakket med, noe som antyder at jeg kan ha bidratt til å gjøre innleiemodellens plass i casesykehuset og i sykehussektoren *forståelig* for andre (jf. Grimen 2001:203). For å legge empirien åpen for tolkning hos andre, gjør jeg hyppig bruk av sitater fra informantintervjuene i analysekapitlene. Dette gjelder til dels også relevant skriftlig materiale (jf. Nilsen 2007:160). Bruk av såkalte *tykke beskrivelser*, i form av detaljerte og konkrete beskrivelser av situasjoner og aktører, skaper et godt utgangspunkt for at leserne kan forstå det beskrevne fenomen og danne sitt eget bilde av de situasjoner som dette inngår i (Patton 2002:437–438).

Avslutningsvis vil jeg opplyse at doktorgradsprosjektet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), med prosjektittel *Innleie av sykepleiervikarer i sykehus. Fra nødløsning til institusjonaliserte vikarpraksiser*. I svarbrevet fra NSD fremgår det at 1) Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7–27 i personalopplysningsforskriften, og 2) at Personvernombudet tilrår gjennomføring av prosjektet.

Kapittel 5: Fremveksten av et marked for sykepleieleie

5.1 Innledning

Tema for dette kapittelet er hvordan et utvalg nøkkelaktører har respondert på og bidratt til fremveksten av et ut- og innleiemarked for sykepleiere. Innsatsen rettes mot å belyse aktørenes oppfatninger av og måter å agere på i forhold til dette markedet. Det handler om følgende fire aktører: 1) Vikarbyråbransjen som utleiende av sykepleiervikarer, 2) sykepleiere som arbeidstakere (i rollen som ordinære og byråansatte sykepleieransatte), 3) sykepleiere som organisert yrkesgruppe ved NSF, og 4) sykehusene som (potensielle) innleiende av sykepleiere. Gjennom sine handlemåter har disse aktørene på ulikt vis bidratt til innleiemodellens introduksjon i sykehussektoren. Et viktig moment i dette er aktørenes måter å fremstille – omtale, kritisere og forsvare – sykepleieleie på, i ulike sosiale og faglige settinger og ikke minst i det offentlige ordskiftet. Det er i hovedsak *feltstudien* som ligger til grunn for fremstillingen i kapittelet, en studie som har vært ment å fungere som en inngang til å forstå hvordan aktørene i casesykehuset forholdt seg til muligheten for sykepleieinnleie da denne oppsto. Feltstudien tar for seg årene 2000–2003 og baserer seg på flere datakilder. Studien gir innblikk i den generelle *mottakelsen* og *bearbeidelsen* av innleiemodellen på feltnivå – i sykehussektorens arbeidsmarked – i den angitte perioden.

Kapittelet er organisert som følger: Delkapittel 5.2 setter søkelys på hvordan vikarbyråbransjen grep muligheten til å tilby sykepleieutleie. Hva som er forskjellene mellom tradisjonelt sykepleiearbeid og den nye formen for vikararbeid for sykepleiere, er tema for delkapittel 5.3. Jobben som vikarbyråansatt sykepleier står i klar motsetning til en ordinær sykepleierjobb i for eksempel et sykehus, forstått som tradisjonelt lønns- og for enkelte også kallsarbeid. Dette nødvendiggjør aktive forklaringer og begrunnelser hos de sykepleierne som tar denne typen vikararbeid. En redegjørelse av ulike måter å arbeide på som sykepleier, synliggjør ulike forestillinger om sykepleiervikarer, og av sykepleien som fag og virke. Delkapittel 5.4 tar for seg NSF's holdning til sykepleieleie og sykepleieres mulighet til å jobbe som byråvikar. I delkapittel 5.5 belyses de viktigste motivene for at sykepleiere ønsker å arbeide på denne måten, og (potensielt) positive og negative sider ved vikarjobben. Delkapittel 5.6 handler om hvordan *sykehusene*, som de potensielt største brukere av sykepleieinnleie, agerte da de fikk mulighet til å gå i gang med denne innleieformen.

5.2 Vikarbyråbransjen som utleiare av sykepleiere

Allerede før det var avklart om regelverket ville åpne for sykepleieleie, var enkelte vikarbyrå i gang med å kartlegge etterspørselen etter en slik ordning. Potensielle brukere (sykehus, sykehjem osv.) ble kontaktet, for at vikarbyråene skulle få en pekepinn på hvor stor etterspørselen etter sykepleiervikarer kunne være.⁴⁵ Det var flere som mente at sykepleiemangelen ga gode utsikter for å drive forretning på sykepleieutleie.

Da det var klart at vikarbyråer fikk leie ut sykepleiere og annet helsepersonell, var det mange aktører – både store, veletablerte firma som Manpower og Olsten/Adecco⁴⁶ og mindre, gjerne nystartede vikarbyråer⁴⁷ – som ønsket å prøve lykken som utleiare av sykepleier/helsevikarer (Dagbladet 21.08.2000: *Sjefsflukt fra det offentlige*). En av dem som engasjerte seg i det bestemte utleiemarkedet var tidligere arbeids- og administrasjonsminister Laila Dåvøy, som etter å ha gått av som minister i mars 2000, lot seg engasjere av Olsten for å lede byråets nye helseavdeling i Region Vest (Olsten 11.07.2000). Dåvøys karriereskifte overrasket mange, som mintes at hun som minister hadde arbeidet for å hindre etableringen av et utleiemarked for sykepleiere.⁴⁸ Karriereskiftet fikk mye omtale i pressen: Adresseavisen (26.07.2000): *Helomvending av Dåvøy*; Adresseavisen (27.07.2000): *Vikarbyråer vil redde helsesektoren*; Aftenposten (17.03.2001b): *Populært å bli sykepleiervikar*; Bergens Tidende (11.07.2000): *Dåvøy starter vikarhodejakt*; Dagsavisen (11.07.2000): *Dåvøy skal leie ut sykepleiere*; DinSide.no (27.08.2000): *Formidling: De nye yrkene*.

5.2.1 Et uoversiktlig utleiemarked tar form

Flere kilder anslo i 2001 og 2002 at det var mellom 30 og 40 vikarbyråer her i landet som leide ut sykepleiere og/eller annet helsepersonell (Aftenposten 08.11.2001: *Når vikarene*

⁴⁵ Jf. bl.a. Bergens Tidende (27.11.1999): *Vil leie ut helsepersonell*.

⁴⁶ I tillegg til å satse på å få stand et eget tjenestoområde for helseutleie, startet begge disse firmaene en rekke andre tjenestoområder som følge av lovliberaliseringen. Felles satsingsområder var utleie av arbeidskraft til industri, bygg og anlegg, hotell og restaurant (Adresseavisen 27.07.2000: *Vikarbyråer vil redde helsesektoren*; Dagsavisen 20.11.2001: *Ingen oversikt over sykepleiervikarer*; DinSide.no, 27.08.2000: *Formidling: De nye yrkene*).

⁴⁷ Ett eksempel på et slikt byrå er Tromsø Vikarbyrå, som ble etablert i 2001 (Aftenposten 03.06.2006: *Håver inn på pleiere*; NRKs nettside, 15.05.2002: *Konkurrerer med egen arbeidsplass*). Enkelte av de nystartede vikarbyråene var såkalte *nisjebyrå*, som utelukkende satset på sykepleie-/helseutleie. Noen av disse var datterselskaper av større utenlandske vikarbyrå, slik tilfelle bl.a. var med ActivCare og Nurse Partner (Aftenposten, 28.07.2002b: *God butikk for vikarbyråene*).

⁴⁸ Også tidligere, som forbundsleder i NSF, hadde Dåvøy arbeidet aktivt mot en generell privatisering av helsevesenet (se for eksempel artikkelen *Sykepleier-nei til privatisering* i Aftenposten 24.09.1998).

skummer fløten; Aftenposten 28.07.2002a: *Advarer mot useriøse vikarbyråer*; Dagsavisen 20.11.2001: *Ingen oversikt over sykepleiervikarer*; Nergaard og Nicolaisen 2002:57). Servicebedriftenes Landsforening (SBL) mente det kunne være snakk om så mange som 60 firma, som drev med en eller annen form for helseutleie. Markedet for helseutleie var i det hele tatt vanskelig å få oversikt over den første tiden. SBL startet i 2002 et bransjegrupperingsråd som skulle "jobbe for at innleiende og utleiende av helsepersonell samordner seg til begge parter beste". Målsettingen var "å unngå at det skrikende behovet for helsepersonale utvikler seg til en auksjonsarena med kortsiktig profittfokus" (SBL 15.05.2002).⁴⁹ På dette tidspunktet var kun seks av vikarbyråene som drev med helseutleie medlem i SBL. Dette var Manpower, Adecco, Nurse Partner Norge, Proffice Care, Norsk Sykepleiertjeneste og Top Temp (Nergaard og Nicolaisen 2002:60).

Etter et par år med vekst i antall utleieaktører ble flere mindre nisjebyråer avviklet eller kjøpt opp av større etablerte vikarbyrå. Enkelte vikarbyråer fusjonerte til større vikarbyrå. På den måten ble antall aktører i markedet redusert. I 2003 var det om lag 20 firma i Norge som ble regnet som store nok til å ha kapasitet til å levere sykepleiervikarer til virksomheter på størrelse med de lokale helseforetakene (Daglig leder i MV, intervju 26.03.2003; Ledelsen ved DTV, intervju 28.04.2003). Seks-syv firma skilte seg ut som relativt jevnstore: Adecco, Manpower, Bemanningscompagniet, ActivCare, Medisinsk Vikarbyrå (MV), Helsenor og Norsk Sykepleiertjeneste.⁵⁰

MV var i 2003 en av landets ledende aktører innen helseutleie, med om lag 350 vikarer på lønnslisten. Ca. 70 prosent av disse var sykepleiere. Før det nye regelverket for arbeidsleie trådte i kraft i juli 2000, var MV et merkantilt vikarbyrå. I 1999 var omsetningen 2 millioner kroner. Etter to og et halvt år med helseutleie var omsetningen steget til 88 millioner kroner (Daglig leder i MV, intervju 26.03.2003).⁵¹ MV markerte seg i 2001 ved å bli det første vikarbyrået i Norge til å ta over store deler av driften til en sykehusavdeling, noe som fant sted på

⁴⁹ Se også Aftenposten (28.07.2002a): *Advarer mot useriøse vikarbyråer* og Aftenposten (28.07.2002b): *God butikk for vikarbyråene*. I de to avisartiklene er økonomidirektøren i Nurse Partner (Lars Johansson) sitert på å ha uttrykt bekymring for de uheldige effektene som oppkomsten av mindre seriøse vikarbyråer i bransjen, kan ha for de seriøse utleieaktørene.

⁵⁰ I januar 2003 ble Norsk Sykepleiertjeneste, som utelukkende drev med utleie av sykepleiere, kjøpt opp av vikarbyrået Xtra personell, som inntil da ikke hadde erfaring med noen former for helseutleie. I 2007 ble også Bemanningscompagniet kjøpt opp. I 2008 ble helsesatsning samlet i et eget selskap som fikk navnet Xtra personell Care (Xtra personells nettside, udatert: *Historikk*).

⁵¹ Se også Aftenposten (29.07.2001): *Privat pleie på Ullevål*, Aftenposten (08.11.2001): *Når vikarene skummer fløten*, Aftenposten (28.07.2002b): *God butikk for vikarbyråene*, Dagens Medisin (08.04.2002): *Dobling i utleie av helsepersonell*, og Tiscali/NTB (23.12.2001): *Innleide vikarer redder sykehusene i julen*.

lungeavdelingen til Ullevål Universitetssykehus. MV stilte med så mange vikarer at de fast ansatte på avdelingen, med unntak av avdelingssykepleierne, kunne ta fire uker sommerferie (ibid. Se også Aftenposten 29.07.2001: *Privat pleie på Ullevål*). I 2003 gjorde byrået seg igjen bemerket ved å bli det første vikarbyrået til å vinne en anbudskonkurranse om å drive et norsk sykehjem (Ammerudlundens sykehjem i Oslo).⁵² I januar 2005 ble MV kjøpt opp av Adecco (Adeccos nettside, udatert: *Om Adecco Helse*).

5.2.2 Løfter om god lønn og stor grad av fleksibilitet

Helt siden det nye utleiemarkedet startet opp har lønn og fleksibilitet vært sentrale stikkord i vikarbyråenes markedsføring av jobben som sykepleiervikar. De første årene var den årlige lønnsforskjellen mellom sykepleiervikarer i vikarbyrå og offentlig ansatte sykepleiere på anslagsvis 75.–90.000 kroner. Minimumslønnen for en sykepleiervikar var omtrent 325.000 kroner i året i 2001/2002, og 360.000 kroner dersom sykepleieren hadde spesialutdanning.⁵³ Til sammenlikning var minstelønnen for en sykepleier uten ansiennitet i det offentlige 250.000 kroner i året, og for en spesialsykepleier uten ansiennitet 270.000 kroner (Nergaard og Nicolaisen 2002:61).

Flere medieoppslag i 2001 og 2002 omtalte jobben som sykepleiervikar som fleksibel og godt betalt.⁵⁴ Oppslagene fungerte som *reklame* for de vikarbyråene som ønsket å rekruttere sykepleiere. Det samme gjorde oppslag hvor representanter fra vikarbyråbransjen fikk uttale seg om bransjens jobbtilbud til sykepleiere. I Bergens Tidende (22.02.2002a) fortalte direktøren i Adeccos helseavdeling (Liv Hatland) at “[v]ikarbyråene får flere sykepleiere ut i arbeid” gjennom å gi dem god lønn og en mulighet til å “skreddersy” egne arbeidsvilkår. Det samme argumentet ble mobilisert av Dāvøy, som talskvinne for Olsten:

Utleiemarkedet vil få mange flere kvalifiserte helsearbeidere ut i arbeidslivet igjen, enten ved at de går tilbake til yrket eller velger å jobbe på heltid. [...] Mange ønsker seg større fleksibilitet, slik at de kan styre mer av arbeidstiden sin selv (Aftenposten 17.03.2001b: *Populært å bli sykepleiervikar*).

⁵² I 2004 vant MV enda en anbudskonkurranse. Denne gangen om driften av Greverud sykehjem i Oppegård kommune (Matpartner 10.02.2004: *Medisinsk Vikarbyrå og Matpartner skal drive Greverud sykehjem Oppegård Kommune*; Mediehuset Østlandet Blad 16.01.2004: *Medisinsk Vikarbyrå skal drive Greverud sykehjem*).

⁵³ Daglig leder i MV fortalte at det i 2002 var flere sykepleiervikarer i dette byrået som fikk utbetalt godt over en halv million kroner i årslønn (Daglig leder i MV, intervju 26.03.2003).

⁵⁴ Se for eksempel Aftenposten (08.11.2001): *Når vikarene skummer fløten*; Bergens Tidende (22.02.2002b): *Vurderer å slutte*; Bergens Tidende (11.04.2002a): *Sykehus med eget vikarbyrå*, Bergens Tidende (11.04.2002b): *Går til byrå og doblar inntekta*, Dagbladet (09.09.2001): *Omsorg til leie*, Gudbrandsdølen Dagningen (29.07.2002): – *Finn dere jobber med bedre lønn*, Nationen (30.04.2002a): *Sjukepleiarar vel vikarbyrå*, og NRKs nettside (15.05.2002): *Konkurrerer med egen arbeidsplass*.

Det var flere representanter fra vikarbyråbransjen som argumenterte at den nye vikarordningen bidrar til å få *flere* sykepleierutdannete i sykepleierelatert arbeid. Det ble hevdet at vikarbyråene ville klare å rekruttere andre segmenter av arbeidsstyrken enn det offentlige helsevesenet er i stand til. Enkelte var overbevist om at det i særlig grad var *ynge* sykepleiere som ville finne vikarbyråenes jobbtillbud attraktivt. Til Dagbladet (09.09.2001) uttalte eksempelvis daglig leder i Helsenor (Svein Konstali), at “det som preger den nye generasjonen sykepleiere er først og fremst kravet til fleksibilitet, deretter kommer lønn. Dessuten er dagens sykepleiere redde for å gro fast på et sykehus”. Jobben som byråvikar ble presentert som det riktige karrierevalget for denne gruppen sykepleiere, siden den “fanger opp de nye verdiene”. Altså jobbverdiene til den nye sykepleiergenerasjonen.⁵⁵

5.2.3 Eksplosiv vekst for vikarbyråbransjen

Bruken av vikarbyråer har økt kraftig i Norge de siste 10–15 årene. Fra å være en bransje med liten aktivitet innenfor et fåtall sektorer, driver bransjen i dag omfattende aktivitet på flere områder og innenfor de fleste sektorer. Siden det nye og mer liberale regelverket for arbeidsløse trådte i kraft 1. juli 2000, har veksten vært formidabel (Eilertsen og Stugu 2010a:33, 49).⁵⁶ I 2006 rundet bransjen ti millioner timeverk for første gang. Fra første kvartal 2006, til første kvartal 2007, var etterspørselsveksten for helseutleie 74,1 prosent.⁵⁷ Sykepleiere er største yrkesgruppe blant helsevikarene.

SSB Strukturstatistikk viser at det for perioden 1993 til 2007 var en sterk økning i bransjen, som ekspanderte fra 140 bedrifter med gjennomsnittlig 13.459 sysselsatte og 1,3 milliarder i omsetning i 1993, til 1.207 bedrifter, i gjennomsnitt 41.448 sysselsatte og med en omsetning

⁵⁵ Kategorien “de unge” viser til en mye større alderskategori i dag enn for bare noen tiår tilbake, og spenner dermed over et større antall personer/arbeidstakere enn tidligere. Dette har sammenheng med at mange i dag gjerne utsetter tidspunktet for barnefødsler/familieforpliktelser til de er i slutten av 20-årene eller begynnelsen av 30-årene. En konsekvens av dette er at en i en lengre periode av livet, enn tidligere, gjerne bare har seg selv å tenke på. Med et relativt kort utdanningsløp kan sykepleiere være i begynnelsen av 20-årene når de er ferdig med (grunn-)utdannelsen. Følger de det vanlige mønsteret, og venter med barnefødsler, har de flere år til “fri disposisjon” for familieforpliktelser og (gjørne også) økt gjeld (som ofte er sammenfallende i tid) slår inn som *disiplinerende effekter* på deres opptreden i arbeidsmarkedet (Colbjørnsen 2003:84).

⁵⁶ Eilertsen og Stugu (2010a:33–39) viser til flere typer statistisk materiale som alle underbygger dette utviklingstrekket. De statistikker som finnes, gir likevel noe forskjellig svar hva angår bransjens størrelse og vekst. Også Econ Pöry (2009:21–33) viser til statistikk som belyser veksten i vikarbyråbransjen.

⁵⁷ Kun tre andre tjenestedområder hadde større økning i samme periode, henholdsvis på 125,1 prosent for tekniske tjenester, 111,4 prosent for bygg- og anlegg og 76,4 prosent for handel (SBL 2007). Se også Absentia (19.03.2007): *Vikarbyråenes rekordår*, Personal og ledelse (2007): *Ny rekord i bemanningsbransjen*, Tv2 Nettavisen (11.09.2006): *Boom i bemanningsbransjen*, samt følgende artikler på nettavisen HegnarOnline: *Spinnvilt i bemanningsbransjen* (12.09.2006), *Bemanningsbransjen vokser til himmels* (07.11.2006), *Fest i bemanningsbransjen* (04.01.2007), og *Når nye rekorder* (23.01.2007).

på rundt 21,3 milliarder i 2008 (Econ Pöyry 2009:21). Selv om det de siste årene har vært en sterk økning i aktiviteten i bransjen, utgjør den fremdeles en relativt liten del av arbeidsmarkedet. 1. kvartal 2009 var bransjens andel av alle *årsverk* 1,0 prosent. I prosent av *sysselsetting* var andelen 0,7 prosent. Bransjens andel av den totale sysselsetting og årsverk (penetrasjonsgraden) er absolutt høyest i Oslo, med 2,2 prosent. I andre fylker med store byer, det vil si i Sør-Trøndelag, Hordaland, Rogaland og Vestfold, er penetrasjonsgraden 1,1 prosent. I de minste fylkene er den under 0,5 prosent. Dette viser at vikarbyråbransjen er et “storbyfenomen” (ibid.:29–30).

Vikarbyråbransjen domineres av et fåtall store aktører, samtidig som det også finnes mange bedrifter med få ansatte. I 2008 sto de 10 største virksomhetene for 85 prosent av bransjens totale omsetning. Bransjen er svært konjunkturfølsom: I perioder med høykonjunktur er aktiviteten i bransjen på topp, mens i perioder med lavkonjunktur er aktiviteten i bransjen på bunn (Econ Pöyry 2009:5, 27).

Hovedårsaken til bransjens vekst, er politikken for et mer *fleksibelt* arbeidsmarked, som bl.a. inkluderer en målsetting om at vikarbyråer skal være en akseptert del av det norske arbeidslivet (Eilertsen og Stugu 2010a:33, 49). Den store endringen av lovverket for arbeidsleie, realisert i år 2000, representerte en kraftig *liberalisering*. Endringen gikk i korthet ut på at et generelt forbud mot utleie av arbeidskraft ble erstattet med en generell tillatelse til utleie ut arbeidskraft fra vikarbyrå. Innleie av arbeidskraft ble gjort mulig i de tilfeller hvor arbeidsmiljøloven gir arbeidsgivere anledning til midlertidige ansettelser (Econ Pöyry 2009:4. Jf. delkapittel 2.2).

5.3 Sykepleiearbeid: Fra lydige kallsarbeidere til fleksible lønsmottakere på et utleiemarked?

Sykepleiernes første streik i Norge i 1972 er en viktig milepæl i sykepleiernes oppgjør med *kallsideologien*. Med full styrke krevde sykepleierne å bli behandlet som *arbeidstakere*, på linje med andre arbeidstakergrupper i samfunnet. Selv om dette selvsagt var et krav som sykepleierne hadde fremmet også *før* denne streiken, representerte streiken noe nytt. Under full mediedekning gjorde sykepleierne det klart for alle at de hadde forandret seg. De ønsket ikke lenger å bli betraktet som beskjedne, oppofrende kallsarbeidere. Betaling for strevet

måtte til. Hensynet til pasientene skulle ikke være det eneste gjeldende hensynet, men også hensynet til sykepleierne selv skulle bli tillagt mening og verdi (Melby 2000:11–12). Streiken signaliserte at sykepleierne var beredt på å bruke flere virkemidler, enn tidligere, i kampen for bedre lønn (ibid.:250).

Enkelte sykepleieledere som jeg intervjuet, uttrykte at sykepleiernes lønnskamp kan ha gått på bekostning av, eller overskygget viktigheten av, det å løfte frem det *faglige* innholdet i sykepleien. De markerte motstand mot å bruke bedre lønn som viktigste krav for sykepleiere som yrkesgruppe, og etterlyste tydeligere begrunnelser for hvorfor det er dette som prioriteres fra sentralt hold. En oversykepleier sa det slik:

Man må ikke kjøre lønnskamp altfor lenge isolert, man må dra med seg faget. Og hvorfor i all verden skal vi [sykepleiere] ha høyere lønn? Det er kvalitet! Og vi skal ha høyere lønn fordi vi betyr noe i helsevesenet, og [fordi] sykepleie gjør forskjell! (Overspl. ved et Universitetssykehus på Østlandet, intervju 25.03.2003).

Noen sykepleieledere var kritiske til den fremherskende *individuelle holdningen* blant sykepleiere, og da spesielt blant yngre og nyutdannede sykepleiere. En av oversykepleierne i casesykehuset, antydte at det var problematisk at unge sykepleiere hadde en svak sykepleierfaglig *identitet*.⁵⁸ Det problematiske lå i at de unge hadde oppmerksomheten rettet mot enkeltoppgaver, til forskjell fra å se sykepleien som et helhetlig pleie- og omsorgsarbeid. Utdanningssystemet ble hevdet å måtte ta sin del av skylden for at nyutdannede sykepleiere er langt fra “ferdig utdannet” når de forlater skolebenken:

Altså det som heter sykepleieidentitet. [...] Jeg tror min generasjon, fra den dagen vi steg inn på sykehuset, så var vi der. Da var vi på en måte, om vi ikke var sykepleiere, så skulle vi i hvert fall bli det ... Jeg var det nesten. Valgene de gjør i dag er liksom at det er en kjekk og grei utdanning å ha, hvis jeg skal studere noe annet [senere, og/eller for å] jobbe akkurat så mye som jeg vil og bruke det internasjonalt. Når de er ferdige [med utdannelsen], så skal de ha seg et halvår der de reiser rundt. Det er ikke mer enn to dager siden den siste [sykepleieren] kom til meg og spurte; ‘hvordan er det med permisjon og sånt hvis jeg vil ha meg en tur?’ De skal ikke ut for å jobbe. De skal ikke til Afrika og gjøre noe for stakkarene der. Nei, de skal ut og feriere. [...] Jeg tror også den studentrollen de kommer inn i [har noe å si]. De har teori, de har oppgaver. Oppgavene er i fokus, og ikke pasienten ... Jeg kan ikke helt forklare [...] hva det er som har skjedd. [...] Det høres litt negativt ut, men det er i alle fall noe som vi oversykepleiere snakker litt om: Hvordan skal vi klare å formidle til [sykepleierhøy-]skolene at de [sykepleierne som] kommer ut [fra skolen er] så uferdige? (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

⁵⁸ Begrepet *sykepleiefaglig identitet* er bl.a. blitt forsøkt definert som de “personlige verdier og faglig-etiske standarder” som finnes “hos den enkelte sykepleier, og som påvirker handling, motivasjon og interaksjon med pasienter og pårørende” (Vareide et al. 2001:11). Den sykepleiefaglige identiteten kan i tillegg sies å innebære en opplevelse av seg selv som “bærer, formidler og utover av et bestemt fag med bestemte karakteristika” og “av bestemte kunnskaper, erfaringer og verdier (etikk)” (Skaug 1991:18).

Av det som fortelles her, går det frem at oversykepleieren synes dagens sykepleiere, i mindre grad enn tidligere, identifiserer seg med sykepleien som fag. Oversykepleieren uttrykker også bekymring for en tilbøyelighet til å betrakte sykepleieutdannelsen som *bare* en grunnutdanning, som en i fortsettelsen enkelt kan bygge på gjennom spesialisering. En slik oppfatning hevdes å være symptomatisk for synet på sykepleien som en samling deloppgaver. Oversykepleieren var videre bekymret for konsekvensene av at flere unge sykepleiere i dag velger å ta lengre friperioder fra sykepleierjobben, for å feriere. Et slikt *selvrealiseringsprosjekt* var ikke noe alternativ for tidligere sykepleieregenerasjoner, ifølge oversykepleieren. Reisevanene til unge sykepleiere ble ansett som en konsekvens av deres svakt utviklede sykepleieridentitet, kjennetegnet av en sterk prioritering av *egne* ønsker og behov.

Det var også enkelte andre ledere i sykehuset som fortalte om hvordan unge sykepleiere gjerne tar fri fra jobben for å dra på en lengre reise:

Det vi ser, er at vi har en god del folk som jobber enormt mye i perioder, så tar de fri og så reiser de jorden rundt. Det er faktisk ikke så få. Det er unge sykepleiere. [...] De reiser rundt hele, halve verden. Så kommer de her [på sykehuset], og jobber enormt om sommeren og utover høsten, og så stikker de av gårde igjen. Det er det faktisk en god del sykepleiere som gjør (S4, Klinikkssjef, Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

I hvilken grad unge sykepleieres livsstil, kjennetegnet av intensive arbeidsperioder som avløses av lengre feriereiser, kan ses på som et uttrykk for en *svakere* lojalitet til sykepleien som fag, er umulig å si. Det samme gjelder etableringen av jobben som sykepleiervikar, for også her kan det vanskelig slås fast at jobben er et ledd i utviklingen av en slags individualisert sykepleierrolle, slik enkelte informanter langt på vei antyder.

Sykepleiernes faglige selvforståelse og utviklingen av sykepleiefaget er beskrevet og drøftet i en lang rekke arbeider. *Den omtenksomme sykepleier*, redigert av Kari Martinsen (1993a), står i en særstilling. Et syn som her kommer til uttrykk er at sykepleieres verdissyn uttrykker seg i kroppen (Alvsvåg 1993:111–112). Dette kan tolkes som at det ikke er nok for en sykepleier å hjelpe pasienten på en profesjonell måte: “Den gode hjelpen skal være et resultat av sjukepleiærens gode indre, og så materialisere seg i sjukepleiærens kropp” (Bakken et al. 2002:118). Et slikt syn på sykepleierollen konsentrerer seg om sykepleierens *indre* verdier og holdninger. Budskapet er at bare sykepleiernes indre er godt, vil det sørge for at pasienten opplever møtet med helsevesenet på en god måte (Alsvåg 1993; Bakken et al. 2002:119). For flere sykepleiere er sykepleien en personorientert profesjonalitet som bygger på *praktisk*

kunnskap (Martinsen 1993a, 1993b; Slagstad 2006:157). Ifølge Martinsen (1993b), sier den praktisk-moralske handlingsklokskapen noe om den omtenkssomme sykepleier, i betydningen “den gode sykepleie som uttrykkes i handling”. Dette er en kunnskapsform som i sitt vesen er moralsk, fordi den er verdirasjonell og unøytral (1993b:10–11).

Trygt fundert i Martinsens arbeider kan det stilles spørsmål om (samfunns-)vitenskapelig-gjøring av sykepleiefaget har gått så langt at sykepleiernes skolering ikke lenger gir rom for den viktige praksiskunnskapen (Slagstad 2006:157). Er det dette enkelte av de godt voksne sykepleierne blant mine informanter etterspør, når de stiller seg uforstående og kritiske til hvordan unge sykepleiere fyller sykepleierrollen? Skal vi ta de godt voksne sykepleierne på ordet, *er* det en forskjell på dagens og tidligere sykepleiergenerasjoner. Etter deres syn, har dagens sykepleiere vanskelig for å identifisere seg med og tre inn i sykepleiarbeidet på en ordentlig måte. Selv har de ikke opplevd dette som problematisk, i eget yrkesliv. Det de etterspør er nærmest at den tradisjonelle kallstanken i sykepleien til en viss grad rehabiliteres, slik bl.a. Rune Slagstad (2006:158) har forfektet med referanse til Martinsens arbeider. Dette må ikke forstås som et forsvar for sykepleien som et ulønnet omsorgsarbeid, men som et forsøk på å gi profesjonen en emosjonelt motiverende forankring som en positivistisk vitenskap kan hevdes å ha frarøvet den (ibid.).

Siden 1960-tallet, og med tiltakende styrke utover på 1980-tallet, har sykepleierne i regi av NSF arbeidet med å definere sykepleiens arbeidsoppgaver vis-à-vis andre yrkesgrupper i helsevesenet. En viktig pådriver var innføringen av hjelpepleieutdanningen tidlig på 1960-tallet, en utdanning som medførte uklarheter om hvilke arbeidsområder de to yrkesgruppene skulle ha. Sykepleiemangelen aktualiserte spørsmålet om hvordan hjelpepleierne kunne kvalifiseres til å overta deler av sykepleiernes arbeid. NSF fulgte opp med å utarbeide egne fagplaner for etterutdanning av hjelpepleiere, bl.a. innenfor eldreomsorg og psykiatri. På 1980-tallet ble det igangsatt et arbeid som skulle klargjøre sykepleiernes funksjoner generelt. De funksjonsbeskrivelser som ble laget, tjente som yrkesveiledning for sykepleiere, gjennom å tydeliggjøre hva som skulle være sykepleieres arbeidsområde og hvordan dette skulle avgrenses andre yrkesgrupper. Samtidig var det enkelte forhold som forble relativt uavklart: Spørsmålet om hvordan *idealet om helhetlig omsorg* kan ivaretas i et spesialisert helsevesen, og hva som er grunnlaget for valg av sykepleieroppgaver (Melby 2000:273, 293–294).

Under utdannelsen lærer sykepleiere at deres ansvar for pasientene omfatter både det fysiske, det psykiske, det sosiale og det åndelige. I sykepleiefaget betegnes dette som *helhetlig ansvar eller holisme*. Sykepleiernes ansvar overfor pasienten er i prinsippet ubegrenset. Som sykepleier kan man knapt si at en pasients problem ligger utenfor ens ansvarsområde. Innen mer spesialiserte profesjoner, som fysioterapeuter og ergoterapeuter, er dette langt mer akseptert. Idealet om *den helhetlige sykepleien* er dels grunnet i en oppfatning av at sykepleiernes ansvar for pasienten på sett og vis er ubegrenset i tid. For eksempel må det til enhver tid finnes en sykepleier som kan garantere for at pasienten får tilfredsstillende grunnleggende behov, at han/hun blir observert og at spesialister kontaktes ved behov (Bakken et al. 2002:120–121).

Med deres opptatthet av å spesifisere hva man må være sykepleier for å kunne gjøre av pleie- og omsorgsarbeid, kan det se ut til at NSF har vært med å tilrettelegge for forståelsen av sykepleien som et sett arbeidsoppgaver. Oversykepleieren som arbeidet ved et av universitetssykehusene på Østlandet, utdypet det slik:

Vi sykepleiere har vært altfor utydelige i å kommunisere hva sykepleie er, og hvilke resultater sykepleie har å si for pasientene, og sykepleiere har selv i stor grad vært med på å redusere det [sykepleien] til ett sett oppgaver (Overspl. ved et Universitetssykehus på Østlandet, intervju 25.03.2003).

Etableringen av flere typer pleie- og omsorgsarbeidere gjennom årene kan ikke utelukkende sies å ha vært til fordel for sykepleierne:

Disse andre yrkesgruppene [som] kommer under [sykepleierne], [de] er med på å undergrave sykepleiernes status. Det er på en måte slik at hvem som helst kan gå inn og gjøre sykepleieroppgavene. [...] Sykepleiere omtales nå som helsearbeidere, omsorgsarbeidere, og vi puttes i samme bås som ufaglærte. Bare de utover omsorg så spiller det ingen rolle om du er ufaglært eller sykepleier. Det er vår opplevelse av det. [...] Og det var jo for eksempel sykepleierne selv som var med på å innføre hjelpepleien. Først så trengte man håndlangere, for å formalisere det noe mer, [...] så ønsket man [at] disse håndlangerne skulle ha en viss basiskunnskap, så ble hjelpepleierutdanningen for voksne etablert. Også plutselig så er hjelpepleierutdanningen på videregående nivå, altså det er jo helt ... (ibid.).

Oversykepleieren var tydelig bekymret for sykepleien som fag, forstått som et helhetlig pleie- og omsorgsfag. Bruken av innleide sykepleiere styrket bekymringen. Oversykepleierens fant det høyst usikkert om sykepleiere som leies inn for korte perioder, for å utføre avgrensede oppgaver, kunne yte helhetlig omsorg. Ordningen går på mange måter på tvers av idealet om sykepleiere som tar helhetlig ansvar.

Jeg prøver å jobbe med det at vi alle – jeg, avdelingssykepleierne og de vanlige sykepleierne [på avdelingen] – skal ha et evighetsperspektiv på jobben sin. [...] Det får du ikke hos vikarbyråer; de kommer bare for å melke kua. Og det er ikke så interessant, for da er det andre som drar lasset. [...] Disse vikarene da, som eventuelt skulle kommet inn hvis jeg skulle hatt dem; hvem er de lojale til? Hvor hører de til hen? Jeg vil ikke ha noen som bare kommer inn og ‘shopper’ stedet, og på en måte gjør en sånn åttetimers-variant-jobb uten ansvar, og går igjen. Selv om de skulle være der 14 dager på rad, så har de ikke det evighetsperspektivet. [...] Jeg er ikke villig til å løse våre problemer slik, fordi jeg ser på sykepleie som noe helt annet enn bare ett sett oppgaver som skal gjøres. Sykepleie er en helhet; det er en prosess. Du skal løse pasienten gjennom, altså du kan si at du skal hjelpe pasienten til å håndtere de konsekvenser som sykdommer og behandlingen gir, og det er ikke et åttetimers perspektiv. Det er et helhetsperspektiv. Derfor har vi også organisert oss med pasientansvarlig sykepleier [...]. Pasientansvarlig sykepleier tar en helhet; planlegger å hjelpe pasienten gjennom hele oppholdet og tar et ansvar for det. Hvordan kan du ha det hvis du tror at avdelingen din bærer seg med vikarer? Da gjør du sykepleien til et sett oppgaver som skal løses, og det er ikke sykepleie (Overspl. ved et Universitetssykehus på Østlandet, intervju 25.03.2003).

Som det fremstilles her, kan ikke den gode, helhetlige sykepleien overleve i arbeidsfellesskap som baserer seg på innleide sykepleiere som “kommer inn og ‘shopper’ stedet og på en måte gjør en sånn åttetimers-variant-jobb uten ansvar, og går igjen” (ibid.). En motstand mot sykepleieleie, som var klart grunnet i *normative* forestillinger om hvordan sykepleie bør utformes og hva sykepleierjobben bør innebære, var tydelig blant de godt voksne sykepleierlederne som jeg intervjuet. Et viktig moment i dette var forestillingen om at bruken av sykepleieinnleie vil gå på bekostning av verdien av det å arbeide sammen; i et fast kollegium og på en fast arbeidsplass:

Jeg er prinsipielt uenig i vikarbyråer. Fordi at det å være en del av et kollegium – det å få lov å være et individ i en del av et kollegium – få lov å være med å bidra til å utvikle arbeidsplassen din, være med å løfte den, være med å få til resultater, være der i storm og stille, å ha en utvikling, en kollektiv historie – det betyr noe for oss mennesker (Overspl. ved et Universitetssykehus på Østlandet, intervju 25.03.2003).

Enkelte sykepleieleidere som jeg snakket med i 2003, da jeg foretok de første informantintervjuene, gjorde et poeng av at *alt*, eller i hvert fall veldig *mye*, var bedre før. Det ble bl.a. vist til at unge sykepleiere i dag er annerledes enn tidligere sykepleiergenerasjoner, kjenne tegnet av andre verdier og holdninger. Forandringen ble fremhevet som en forklaring på hvorfor sykepleiere finner vikarbyråenes jobbtillbud attraktivt. Sykepleiere som tar seg jobb i slike byrå ble videre, av enkelte, fremstilt som *superindividualister* som mangler lojalitet til både fag og arbeidskollektiv. Det var særlig de godt voksne sykepleieleiderne, som hadde liten eller ingen personlig kjennskap til sykepleieinnleie, som fremstilte den typiske sykepleiervikaren på denne måten. Fremstillingen ga et bilde av den typiske sykepleiervikar som en slags *annenrangssykepleier*, som primært har tanke for egne ønsker om høy grad av (arbeidstids-)fleksibilitet og god lønn. Enkelte av karakteristikkene fremstilte den typiske

sykepleiervikaren som et mer eller mindre dårlig menneske. En avdelingssykepleier ved sykehusets nevrologiske avdeling, fortalte følgende om hvordan hun hadde betraktet denne typen vikarer før hun selv hadde tilegnet seg konkret erfaring med sykepleieinnleie:

Du ser liksom for deg at de som begynner i sånne private byråer, det er sånne overfladiske mennesker som bare er ute etter å få profitt på helsevesenets elendighet (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

5.4 NSF – Fra prinsipiell motstander til strategisk tilhenger av sykepleie

NSF har siden 1980-tallet hatt en tosidig profil som går ut på at organisasjonen er en *fagforening* i tradisjonell forstand, med fokus på lønns- og arbeidsforhold, og et *profesjonsforbund* med vekt på utviklingen av sykepleien som fag.⁵⁹ Forbundets arbeider med å overbevise publikum, arbeidsgivere, politikere og andre om at sykepleiernes interesser sammenfaller med helsevesenets og pasientenes interesser. Det vil si at sykepleiernes lønns- og profesjonskamp vil føre til *mer omsorg og bedre kvalitet* på pleiearbeidet, og derfor er til det beste for både sykepleiere og pasienter (Melby 2000:302–304, 311). Bedre sykepleielønninger har lenge vært NSF's løsning på det offentlige problem med å beholde og rekruttere nok sykepleiere. I kampen mot vikarbyråer, som potensielle arbeidsgivere for sykepleiere, ble dette enda viktigere.

5.4.1 Motstanden mot å åpne for sykepleie

NSF var motstander av å lovliggjøre sykepleie som ordning. I NSF's høringsuttalelse til Blaaidutvalgets rapport om arbeidsformidling og arbeidsleie, synliggjøres motstanden. Ifølge NSF var det uheldig med en generell oppheving av forbudet mot utleie av arbeidskraft, slik utvalget hadde foreslått. NSF mente at utvalget hadde “lagt avgjørende vekt på hensynet til mer effektiv ressursutnyttelse fremfor hensynet til den enkelte arbeidstaker”, og de negative følger som arbeidsutleie har for arbeidstakerne. Ifølge NSF kunne bruken av sykepleieinnleie ramme det kollegiale samarbeidet i innleievirksomheten, og ha negative konsekvenser for pasientene siden kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet ville bli forverret. I tillegg, hevdet NSF, ville et marked for sykepleie “kunne føre til at helsepersonell går fra å være fast

⁵⁹ NSF er Norges fjerde største fagforbund og har over 90 000 medlemmer fordelt over hele landet. Forbundet har ca. 230 ansatte fordelt på 19 fylkeskontor og hovedkontoret i Oslo. I tillegg har forbundet over 650 hovedtillitsvalgte og omtrent 2500 tillitsvalgte (NSF's nettside, udatert: *Om oss*).

tilsatt på en helseinstitusjon til at de blir løsarbeidere i et vikarbyrå” – en utvikling forbundet var sterkt kritisk til (NSFs høringsuttalelse til NOU 1998:15).⁶⁰

Etter NSF's vurdering var sykepleieinnleie en kvalitativt dårlig, dyr og kortsiktig løsning som ville ha uheldige konsekvenser for både pasienter og ansatte.⁶¹ NSF etterlyste langsiktige tiltak som kunne gjøre noe med bemannings- og rekrutteringsproblemene i helsevesenet, og da spesielt et solid lønnsløft for sykepleiere.⁶² Etter at det var avklart at loven ville åpne for ut- og innleie av sykepleiere, rettet NSF hard skyts mot helseinstitusjoner som leide inn sykepleiere, og kritiserte de sykepleierne som begynte i de nye vikarjobbene. På lederplass i *Sykepleien* (2001) ble unge sykepleiere kritisert for å ha en positiv innstilling til vikarbyråenes jobbtilbud. Det ble vist til at så mange som halvparten av sykepleierstudentene kunne tenke seg en jobb i et vikarbyrå etter avsluttede sykepleierstudier.⁶³ Redaktøren mente det var en bekymringsfull utvikling:

Litt forstemmende er det [...] at nesten alle som kan tenke seg et vikarbyrå som arbeidsgiver, bare legger vekt på egen fordel og vinning. Nesten ingen svarer at de vil velge et byrå fordi det er til det beste for pasientene, arbeidsstedet, sykepleien som fag eller kollegene. Det er forståelig og akseptabelt at sykepleierne har fjernet seg fra kallstanken. Det er heller ikke til å undres over at sykepleiere flest vil ha en lønn det går an å leve av, og som gjenspeiler utdanning og ansvar. Det er likevel et tankekors hvis yrket etter hvert fremstår som forlokkende bare fordi sykepleierne her kan realisere egne ønsker og behov, helt uavhengig av hva som gagnar pasientene (*Sykepleien* 2001).

Unge sykepleieres jobbpreferanser beskrives her på en måte som minner om en *individualisert* sykepleierrolle. Det sentrale synes å være at det blant sykepleierprofesjonens medlemmer, med den nye sykepleiergenerasjonen i spissen, er på gang endringer som angår sykepleieres syn på yrket og ønsker i en jobb. I et nummer av *Sykepleien* fra 2002 var unge

⁶⁰ NSF's kritikk av sykepleieinnleie som ordning er også synliggjort i en rekke medieoppslag, i tidsskriftet *Sykepleien* og på forbundets egen nettside. Se bl.a.: Adresseavisen (27.07.2000): *Vikarbyråer vil redde helsesektoren*; Aftenposten (24.09.1998): *Sykepleier-nei til privatisering*; Aftenposten (17.03.2001b): *Populært å bli sykepleiervikar*; NRK P2: Politisk Kvarter (14.11.2001): *Vikarbyråer forverrer situasjonen i helsevesenet*; NSF's nettside (10.12.1999): *Beklagelig forlik åpner for utleie av sykepleiere*; NSF's nettside (30.11.1999): *Utleieloven gir et dårligere helsevesen*; *Sykepleien* (1999): “Kostbar løsning for dårligere sykepleie”. Se også NSF's høringsuttalelse til NOU (2000:19), hvor NSF kritiserer at private, kommersielle virksomheter benyttes for å utføre anbudsutsatte pleie- og omsorgstjenester.

⁶¹ Jf. forrige fotnote.

⁶² Se bl.a. følgende to artikler i *Sykepleien*, av daværende forbundsleder i NSF; Bente G.H. Slaatten: 1) “Nå må vi ta ansvar!” (2001) og 2) “I streik for et bedre helsevesen!” (2002). Se også lederartikkelen “Latterlige forsøk på å løse sykepleiemangelen” (1998) i samme tidsskrift.

⁶³ En spørreundersøkelse blant NSF's 66.000 medlemmer, fra november 2001, viste at en tredjedel av disse vurderte en jobb i vikarbyråbransjen. Jf. Bergens Tidende (22.02.2002a): *Får 80.000 kroner mer som vikar-sykepleier*, og Nationen (30.04.2002a): *Sykepleiarar vel vikarbyrå*.

sykepleieres jobbpreferanser og krav igjen tema i en lederartikkel. I artikkelen fremstilles jobbpreferansene til unge sykepleiere som noe av grunnlaget for det aktuelle utleietilbudet:

Nyutdannete sykepleiere vil på en helt annen måte enn før etterspørre individuelle løsninger, selvrealisering gjennom jobben, medbestemmelse, fleksibilitet og lønn for innsats. Der har vikarbyråene muligheter det er vanskelig å se at en offentlig arbeidsgiver kan imøtekomme (*Sykepleien* 2002).

Det er stort samsvar mellom det som her antydes som særegent for unge, nyutdannete sykepleiere, og hva NSF i andre sammenhenger har frontet som et krav for samtlige medlemmer. Dette gjelder spesielt kravet om lønn for innsats, fleksibilitet og medbestemmelse.

5.4.2 Det tilsynelatende standpunktsskiftet

Som ledd i forberedelsene til tariffoppgjøret våren 2002, kom NSF's forbundsleder (Slaatten) med en svært overraskende og kontroversiell oppfordring til sykepleiere; "jobb i vikarbyrå for å få bedre lønn og mer fritid". Oppfordringen var ledd i en strategi for å "synliggjør[e] konsekvensene av dagens lønnspolitikk" i det offentlige. Økt lønn ble hevdet å være nødvendig for at det offentlige helsevesenet, i konkurranse med vikarbyråbransjen, skulle kunne rekruttere og beholde det tilstrekkelige antall sykepleiere. Fordi vikarbyråer gjerne betaler mer for sykepleiernes kompetanse, og har individuelt tilpassede og fleksible arbeidstidsordninger, ble det anledning for forbundet å bruke sykepleieres mulighet til å jobbe i slike byrå som et *strategisk virkemiddel* i lønnskampen. Nevnte oppfordring var en av flere protesthandling som sykepleiere ble anmodet om å vurdere/bruke for å få synliggjort konsekvensene av lønnspolitikken. Andre tiltak som ble foreslått var å "nekte ulovlig overtid", å "slutte å dekke over problemene" i helsevesenet, å "stille lønnskrav når 'vikarbyrå-sykepleieren' som er innleid tjener mer enn deg som er fast ansatt", og å gå "til media når underbemanning fører til rovdrift på personalet og pasientene ikke får det tilbudet de har krav på". Som tidligere var målet å overbevise politikere og arbeidsgivere om "at det må penger på bordet for å løse sykepleiemangelen", i form av "en ekstraordinær og nødvendig lønnspakke for sykepleierne". For å oppnå dette ble det gjort et poeng av at sykepleiemangelen ikke løses "ved overtidbruk, økt utdanningskapasitet, omorganiseringer, avkorting av utdanningen, endring av arbeidstidsbestemmelsene, utleie av helsepersonell og import fra utlandet" (Slaatten 2002a. Se også Slaatten 2001).

Siden det ikke var vikarbyråene som lønnet sykepleiere dårlig, drev med underbemanning, påla sykepleiere uforholdsmessig mye overtid og spekulerte i ufrivillig deltid, sto offentlige arbeidsgivere med ett frem som NSF's viktigste hovedmotstander. Taktikken gjorde det mulig for NSF å fortsette å kritisere helsevesenet for å bruke sykepleieinnleie, samtidig som de (overfor sine medlemmer) kunne snakke varmt om jobben som byråansatt sykepleier. Denne ambivalente måten å forholde seg til det nye utleiemarkedet på, synliggjøres i følgende sitat av Slaatten, referert i Bergens Tidende (22.02.2002a):

Sykepleiere fra vikarbyråene koster mye mer, arbeidsmiljøet blir mer belastet med lønnsforskjeller og vi får mindre stabilitet, sier Slaatten. – Hvis ikke det offentlige gir oss et lønnsloft nå, vil utviklingen fortsette. Det blir dyrere for samfunnet, men nå har sykepleierne tatt ansvaret for helsevesenet lenge nok. Vi ber våre medlemmer gå til den arbeidsgiveren som betaler mest.⁶⁴

Det er lett å forstå at forbundslederens oppfordring om å ta seg jobb i et privat vikarbyrå kan ha motivert sykepleiere til å slutte, eller i hvert fall å vurdere å slutte i sine stillinger. Ifølge daglig leder i MV gikk flere sykepleiere fra en jobb i det offentlige til å begynne som sykepleiervikar. NSF-lederens oppfordring ble sett på som en medvirkende årsak:

Det var jo mange som tok henne [forbundslederen] på ordet. Akkurat under streiken i fjor [2002] ... Jeg var bl.a. på Haukeland sykehus og holdt et foredrag der, om hvordan det er å jobbe i et vikarbyrå ... til medlemmene [i NSF]. Og da var det veldig stor interesse. Masse folk som registrerte seg som vikarer: Som var lei, og ville jobbe som vikar istedenfor (Daglig leder i MV, intervju 26.03.2003).

Inntrykket samsvarer med hva en tillitsvalgt i NSF fortalte i intervjusammenheng:

[I] lønnskampen i fjor [2002] da var det sånn at vi oppfordret medlemmene til å søke jobb hos de [arbeidsgiverne] som kunne tilby best betaling. [...] Det var faktisk en god del sykepleiere som gikk over i de private byråene, det var det, på grunn av lønn (Tillitsvalgt i NSF, intervju 18.03.2003).

Ved å oppfordre sykepleiere til å ta seg jobb der de fikk best betalt, altså i vikarbyrå, var NSF selv med på å bygge opp en ordning som de egentlig ville til livs. Oppfordringen bidro til en aksept for sykepleieres valg om å jobbe som byråvikarer, og til å produsere legitimitet om denne måten å jobbe på for sykepleiere.

Omtrent samtidig som forbundslederen kom med den kontroversielle oppfordringen, gikk NSF i dialog med flere vikarbyrå som drev med sykepleieutleie. Formålet var å inngå tariff-

⁶⁴ Se også Gudbrandsdølen Dagningen (29.07.2002): – *Finn dere jobber med bedre lønn*, hvor en hovedtillitsvalgt i NSF (Hilde Waaler) er sitert med dette utsagnet: “Jeg oppfordrer medlemmene til å ta jobb der lønns- og arbeidsbetingelsene er best. Sykepleierne skal ikke la seg avspise med dårlige vilkår”.

avtaler som skulle sikre sykepleiervikarer gode lønns- og arbeidsvilkår. I løpet av noen måneder i 2001–2002 inngikk NSF tariffavtale med ni vikarbyrå.⁶⁵ Avtalene sikret de vikarbyråansatte sykepleierne minst 75.000 kroner mer i minstelønn enn hva det offentlige betalte, og sikret dem en rekke arbeidstakerrettigheter som samsvarte med hva offentlige sykepleieransatte har: Regulert arbeidstid, innmeldelse i sykepleieordningen i KLP, sykelønn, rettighet til svangerskapspermisjon m.m.⁶⁶ Avtalen ble godt mottatt av både sykepleiere og helseinstitusjoner. I vikarbyråbransjen var det imidlertid enkelte kritiske røster. Daglig leder i MV, som på denne tiden var en av de største aktørene innen helseutleie, mente avtalen var en “ren markedsførings-jippo”, siden byråer som hadde slik avtal brukte den i rekrutteringsøyemed:

Både oppdragsgivere og sykepleiere, spesielt sykepleiere, syntes det var trygt å være hos noen som hadde avtale med NSF. Og det ble dessverre nesten sånn at de [byråene] som hadde avtale med NSF ble tatt for å være seriøse, [...] mens de useriøse ikke hadde det [avtale med NSF]. [Men] det er ikke sant ... Det er mange av de som ikke har avtale som er minst like seriøse som de som har. [...] Så det var ikke sant, men den holdningen spredte seg i hvert fall (Daglig leder i MV, intervju 26.03.2003).

Daglig leder i MV fortalte også at byråer med NSF-avtale ikke nødvendigvis ga sine sykepleiere de arbeids- og lønnsbetingelser som fremgikk av avtalen. Dermed var det heller ikke slik at avtalen kunne regnes som et kvalitets- eller seriøsitetsstempel for et vikarbyrå. Minst ett av de såkalte NSF-byråene skal ha lønnet sine sykepleiere såpass dårlig at det kunne praktisere mye lavere utleiepriser enn andre “NSF-byrå”:

Det er jo så hårreisende for oss som følger [avtalen]. [...] Vi som er de aller, aller største merker veldig konkurransen altså. At vi sliter med å forsvare at dere [oppdragsgivere slik som sykehus] bør velge oss fremfor vikarbyrå X, når de er mye billigere enn oss. Dersom de ser på pris, og kun pris, så taper vi. [...] Nå ønsker vi oss nok ut av den [avtalen med NSF] ... Men det er vanskelig, veldig vanskelig. Sykepleierne har jo blitt ansatt på de vilkårene, og da og si til dem at ‘hør her, nå blir vilkårene deres endret’, og å få dem til å akseptere det sånn uten videre, det tror jeg ikke [på] (ibid.).

Vikarbyråer som var organisert i SBL, slik som Adecco og Manpower, lot være å inngå tariffavtale med NSF. En sentral begrunnelse for dette, var at de ikke ønsket å være lønnsdrivende i

⁶⁵ De ni byråene var MV, Bemanningscompagniet, Recepta, Personal Service, Human Assistanse, Helse Scandinavia, Henie Medisinsk Personal, MedPro og ActiveCare Norge (Nergaard og Nicolaisen 2002:60).

⁶⁶ Jf. følgende artikler på NSF's nettside: *Første tariffavtale med vikarbyrå – Bemanningscompagniet* (05.09.2001), og *På jakt etter jobb?* (29.11.2001).

markedet for helseutleie. Sykepleiervikarer i disse byråene kan likevel ikke hevdes å ha hatt dårlige lønns- og arbeidsbetingelser (Nergaard og Nicolaisen 2002:62).⁶⁷

5.4.3 Lønnskamp og sykepleierstreik

Under slagordet *Nok er nok!* streiket sykepleierne i 2002 for “en verdsetting av sykepleierne som samfunnet og vi [NSF] kan være bekjent av!”. Som tidligere ble *verdsettingsbegrepet* brukt nærmest synonymt med lønn, hvor økt verdsetting betydde økt lønn for sykepleiere. Ifølge NSF var hovedutfordringen å få til et lønnsnivå som gjorde det attraktivt for sykepleiere å jobbe i det offentlige. Med gode lønnsbetingelser og tilstrekkelig bemanning skulle det bli mulig “å rekruttere og beholde sykepleierne i jobb” (Slaatten 2002a).

Streiken handlet om å få på plass en overordnet tariffavtale med et felles avtaleverk for alle sykehusansatte sykepleiere. Kravet var relatert til den statlige overtakelsen av de fylkeskommunale sykehusene 1. januar 2002, datoen for iverksettingen av helseforetaksreformen. En felles tariffavtale skulle tette lønnsgapet mellom sykepleierne som før denne datoen hadde vært ansatt i henholdsvis fylkeskommune og stat.⁶⁸ Det var dermed ikke bare ett, men to forskjellige lønnsgap som skulle tettes: 1) Gapet mellom sykepleiere som hadde vært ansatt i fylkeskommunale sykehus og sykepleiere, som også før 2002, hadde vært ansatt i staten, og 2) gapet mellom sykepleiere i offentlig sektor og sykepleiere i vikarbyrå.

Etter seks uker ble streiken avblåst med tvungen lønnsnemnd. NSF vant frem med kravet om at det skulle etableres en sentral tariffavtale med ett minstelønsnivå. Uenighet mellom partene på andre områder førte til nye runder hos Riksmeklingsmannen.⁶⁹ Et nytt avtaleforslag ble akseptert av begge parter, noe som for sykepleiernes del innebar et gjennomsnittlig lønns-

⁶⁷ I store veletablerte vikarbyråer er det for eksempel vanlig at vikarene har både pensjons- og forsikringsordninger (Ledelsen i DTV, intervju 28.04.2003). I 2005 var samtlige av NSF's tariffavtaler med vikarbyrå opphevet. Forklaringen var at de byråene som hadde inngått slik avtale enten var gått konkurs eller hadde fusjonert med andre byrå (LO-Aktuelt, 18.10.2005: *Ansatt time for time*). Rannveig Dahle og Marianne M. Østbye (2007:41) har skissert en noe annen forklaring; nemlig at NSF's avtaler med vikarbyrå gikk ut fordi de var blitt for dyre for vikarbyråene.

⁶⁸ Dette lønnsgapet var på nærmere 40.000 kroner i gjennomsnitt for spesialsykepleiere, og 13.000 for sykepleiere (NSF: *Statusrapport 2002*, s. 4. Se også Slaatten (2002b), Aftenposten (10.12.2001): *Klare til streik for statlig lønn*, og Aftenposten (05.01.2002): *Kampklare sykepleiere rammer pasienter*).

⁶⁹ Den grunnleggende uenigheten i forhandlingene, mellom NAVO-Helse og arbeidstakerorganisasjonene LO, YS og UHO, gjaldt prinsippene om arbeidstidsordninger og lønssystem (se bl.a. Dagens Næringsliv 10.05.2002: *Ikke forhandlinger, men ren parodi*, Klassekampen 10.05.2002: – *Forhandlingane er ein rein parodi*, og NSF: *Statusrapport 2002*, s. 6).

tillegg på 22.921 kroner.⁷⁰ Samtidig inngikk NSF en særavtale med NAVO, som åpnet for mer fleksible arbeidstider lokalt. Med grunnlag i særavtalen fikk sykehus anledning til å inngå avtaler med forbundets lokale tillitsvalgte om utvidet arbeidstid for heltidsansatte sykepleiere. Med grunnlag i disse avtalene – som fikk navnet *produktivitetsavtaler* – kunne sykepleiere ha en sammenhengende arbeidstid på 12 timer, noe som var tre timer mer enn tidligere maksimumsgrense. Eventuell overtid kunne avtales på forhånd, ved at den ble satt opp i en vaktplan. Sykepleiere som gikk inn på ordningen fikk 12.000 kroner i året i lønnstillegg (Dagens Næringsliv 10.06.2002a: *Sykepleiere kan få over 70.000 kroner*; Dagens Næringsliv 22.06.2002: *Mener sykepleiere selger rettigheter*).

NSFs egne tall viser at sykepleiernes *lønnsmisnøye* sank betraktelig som følge av tariffoppgjøret i 2002. På forhånd var nesten 80 prosent av sykepleierne misfornøyd med lønnen. Etter tariffoppgjøret var tallet redusert til ca. 60 prosent.⁷¹ Tallene viser videre at nesten halvparten av alle utdannede sykepleiere våren 2002 (ca. 27.000 sykepleiere) kunne tenke seg å jobbe i vikarbyrå, og for 90 prosent av disse var god lønn det som gjorde vikarbyråene attraktive som arbeidsgivere. Det er grunn til å tro at etableringen av det nye utleiemarkedet, med den økte konkurransen om sykepleierne som dette innebærer, har gjort sykepleiere mer bevisste i forhold til det å kreve lønn og på hva deres kompetanse er verdt (NSF: *Statusrapport 2002*, s. 7–8).

⁷⁰ Med den nye avtalen ble minste begynnerlønn for vanlige sykepleiere hevet med 34.100 kroner til 250.000 kroner, 5000 over tidligere minste topplønn. Begynnerlønnen til en spesialsykepleier ble hevet med 42.700 kroner til 270.000 kroner, ca. 14.000 kroner mer enn tidligere minste topplønn. Alle sykepleiere med spesialutdanning fikk i gjennomsnitt 33.541 kroner i lønnstillegg (Dagens Næringsliv 10.06.2002b: *Startlønn høyere enn tidligere topplønn*; NSF: *Statusrapport 2002*, s. 5–7; NSF's nettside, 07.06.2002: *Tariffoppgjøret 2002 – resultatene hittil*).

⁷¹ Enkelte mente imidlertid at tariffoppgjøret ikke hadde vært bra nok, og fortsatte derfor å protestere mot det de anså som dårlige arbeids- og lønnsbetingelser for sykepleiere. I Trondheim startet to psykiatriske sykepleiere en protestaksjon som fikk navnet *Sykepleieropprøret 2002*. Aksjonen var en reaksjon på det de mente var et dårlig streikeresultat og en halvgod lønnsavtale for sykepleiere. Aksjonen startet med at de to sykepleierne sa opp sine jobber under full mediedekning, og fortsatte med at andre sykepleiere gjorde det samme. Ifølge aksjonsgruppen resulterte opprøret i totalt 93 oppsigelser. Trondheim og Bergen var de byene som i størst grad ble berørt, med henholdsvis 55 og 36 oppsigelser (*Sykepleieropprøret 2002*). Se også følgende oppslag i Adresseavisen: *Sykepleiere starter oppsigelsesras* (05.04.2002), *Sykepleiere går i protest* (08.04.2002), *Sykepleieropprøret fortsetter* (09.04.2002a), *Sykepleier kan doble lønna* (09.04.2002b), og på NRK: NRK Trøndelag (08.04.2002): *Sykepleiere slutter i protest*, NRKs nettside (10.04.2002): *Sykepleiarar sluttar*, NRK Hordaland (11.04.2002): *Sykepleier-oppsigelser*. Se også Nina Hernæs' artikkel "En opprører" i *Sykepleien* (2002).

5.4.4 Strategisk tilpasning og ikke bare lønnskamp?

Både oppfordringen om at sykepleiere bør vurdere å jobbe i vikarbyrå og NSF's tariffavtale med vikarbyråer kan anses som ledd i forbundets *lønnskamp*. Samtidig er det klart at et fortsatt ensidig fokus, fra NSF, på uheldige sider av ordningen med sykepleieleie innebar en risiko for å miste medlemmer. Det ble tidlig klart at det fantes sykepleiere som var nysgjerrige på jobben som byråvikar. Etter at vikarbyråbransjen fikk mulighet til å leie ut sykepleiere, var det ikke stort NSF kunne gjøre for å unngå at sykepleiere prøvde lykken i vikarbyrå eller startet foretak for å leie ut sin egen arbeidskraft. Utviklingen viste at vikarbyråene tiltrakk seg sykepleiere som hadde fått nok av å slite for arbeidsgivere som de mente ikke satte nok pris på deres arbeidsinnsats; sykepleiere som ønsket større variasjon i forhold til arbeidstid og/eller arbeidsoppgaver, og sykepleiere som ønsket å teste ut forskjellige arbeidssteder.

Interessen blant NSF's medlemmer for vikarbyråenes jobbtilbud kom bl.a. til uttrykk i innlegg på diskusjonsforumet *Fritt Forum*, som drives av forbundet. Det ble her gjort et poeng av at NSF ikke ser ut til å ha plass for sykepleiervikarer, ettersom de ikke støtter deres jobbvalg. Disse tre innleggene fra forumet illustrerer dette:

Er det sånn ute i sykepleie-verdenen at innleide vikarer blir sett på som sjuskete, late og lite oppofrende sykepleiere? [...] Er selv ansatt som innleid vikar og har ikke den opplevelsen av de rundt meg. [...] Derfor lurer jeg på om holdningen til NSF er at vi er et nødvendig onde og ett forbigående problem? Hører vi ikke hjemme i NSF kanskje, jeg vil i hvert fall ikke være knyttet opp mot et forbund som ser ned på vi som velger litt annerledes, vi som faktisk skaper oss en ny type karriere. Da klarer jeg meg bedre uten ett forbund (Vikar, 30.09.2001).

Jeg jobber selv i vikarbyrå, har de 50.000 kr. i ekstra lønn som NSF aldri klarer å få og så mener mitt forbund [at] det skulle jeg ikke hatt! Er ikke min plass i NSF lengre? [...] [E]r det ikke på tide å skjonne at private tjenesteleverandører er et gode for staten Norge? [...] Nei jeg vil med dette oppfordre alle vikarer til å melde seg ut av NSF. De støtter jo ikke oss!!! (Buddy, 15.11.2001).

Jeg vil med dette melde meg ut av Norsk Sykepleierforbund. [D]en totale mangelen på nytenkning i organisasjonen er nok den viktigste årsaken. [...] [J]eg melder meg nå ut i protest mot det jeg synes er en reell motarbeidelse av det som kan lukte av effektivisering (Petter, 26.04.2001).

Det virker opplagt at NSF sentralt vurderte det som *taktisk lurt* å inngå avtaler med vikarbyrå som drev sykepleieutleie, for således å signalisere en interesse for vikarenes rettigheter. NSF's forbundsleder sa det slik, til avisen Nationen (30.04.2002a):

Me har merka den store interessa blant medlemmane våre, og lyt innretta oss etter realitetane. Difor har me inngått avtaler med vikarbyrå som sikra medlemmene alle rettar, og me tilråd medlemmene å gå til desse byråa om dei ynskjer å skifta jobb, seier Slaatten.

En sykepleieleider som jeg intervjuet kommenterte på sin side at NSF's avtaler med vikarbyrå må ses i sammenheng med forbundets målsetting om å være et *samlende* forbund for alle sykepleiere:

[NSF] har jo fortsatt en strategi på at de skal ha en stor andel medlemmer, og det var [nok] noe om at de ikke skulle risikere en avskalling, eventuelt i verste fall en nyetablering av et forbund for privatansatte sykepleiere. [Det] å risikere det. Politikken har hele tiden vært at de skal ha *ett* forbund for sykepleiere i Norge, og det skal være såpass romslig at *alle* sykepleiere i Norge kan føle hjemhørighet i det ene forbundet, og ikke slik som i en del andre land, hvor man har ett forbund for sykepleiere som er faginteresserte [og] ett for de som driver med lønn (Overspl. ved et Universitets-sykehus på Østlandet, intervju 25.03.2003).

Selv om det var forståelig, var det ikke mindre skuffende for denne oversykepleieren, fra “den gamle skolen”, å se at NSF gikk i dialog med vikarbyråer. Etter oversykepleierens oppfatning, var de bestemte tariffavtalene både overraskende og skuffende. Siden avtalene ga NSF en viss *kontroll* med markedet for sykepleieutleie kunne de likevel anses for å ha en nytteverdi:

NSF var prinsipielt imot det [lovliberaliseringen], og har landsmøtevedtak på det og sånn. De har vært motstandere av privatisering. Dette her med ikke å tjene penger på folks elendighet, og den type ting, og var motstandere av at loven skulle slippe opp i forhold til helsepersonell. Så kommer loven allikevel. Da var jeg skuffet over at NSF gikk fra sin klare prinsipielle holdning på den ene siden, og over på den andre siden og inngikk tariffavtaler med den og den og den.

Intervjuer: Ja, jeg synes selv at det var litt oppsiktsvekkende.

Oppsiktsvekkende er bare forbokstaven. [...] Samtidig så ser jeg det nå i ettertid: Hva var det de faktisk gjorde? Jo, det de gjorde da var at loven var kommet, markedet var på en måte sluppet løs, og så valgte man allikevel å kontrollere det markedet. Og det som har vært det artige i dette, er at disse firmaene som har inngått tariffavtale med NSF, de har brukt det i sin markedsføringsstrategi! Sånn at mitt oppi dereguleringen, så var det regulert! Så hadde da også NSF en helt klar lønnsprofil; det var lønn, lønn, lønn. Og da så de nok, slik jeg har forstått det; ‘da bruker vi vikarbyråene, og våre tariffavtaler med vikarbyråene, i lønnskampen’. Så det var strategien. De [NSF] sto fortsatt på det prinsipielle imot, men når det [lovliberaliseringen] først så var skjedd: ‘Hvordan skal vi benytte den nye situasjonen til vår fordel?’ Det er slik jeg forstår det i ettertid (ibid.).

En tillitsvalgt i NSF fortalte den samme historien:

Når det ble et faktum, at dette [med sykepleieutleie ble] lov å drive med, og byråene kom, så har jo vi [i NSF] medlemmer som går inn og tar seg jobb i disse byråene. Da var jo tanken at det er mye bedre da å gå inn og få *best* mulig forhold for de medlemmene, som faktisk har tatt seg jobb der, i stedet for å si at disse vil ikke vi [NSF] ha noe med å gjøre. For vi var nødt til å forholde oss til det [nye vikarmarkedet] når det kom. [...] Vi [NSF] var jo i utgangspunktet negative til det [sykepleieleie]. Det var vi jo. [Men] altså når lovendringen kom, og dette ble åpnet opp for, så sa vi at ‘okay, da får vi jo se hva dette fører til, og gjøre det beste ut av det da’. Så vi har jo rett og slett brukt det når det gjelder å drive lønnskamp. Det har vi jo. For alle de byråene som er blitt etablert har jo holdt seg på et helt annet lønnsnivå enn det de offentlige har. [Og] det var forventet. Altså, noe må de [byråene] tilby for å trekke de [sykepleierne] ut av det offentlige helsevesen. [...] Og det har vi [NSF] brukt for det det har vært verdt (Tillitsvalgt i NSF, intervju 18.03.2003).

Ved å samarbeide med enkelte vikarbyrå, om sykepleiervikarenes lønns- og arbeidsvilkår, klarte NSF å vise en utstrakt hånd til sykepleiere som arbeider i vikarbyrå. Overfor “den gamle skolen”, blant NSF’s medlemmer, kunne tiltaket begrunnes som et taktisk ledd i lønnskampen. En avdelingssykepleier i casesykehuset sa det slik:

Sykepleierforbundet er vel ikke akkurat kjent for å være av de som hopper på nye ideer fortest altså. Det går vel kanskje på at ‘vi gjør sånn som vi pleier å gjøre, og vi liker det som vi har pleid å like’, og ‘så må de bare ikke komme her med noe nytt sånn uten videre’. Men jeg tror nok nå at de har endret litt holdninger til det hele [sykepleieleie]. Det virker jo sånn. [...]. Det har i hvert fall blitt brukt som et argument i lønnskampen. Men hvorvidt arbeidsgiver har hoppet på den, det vet jeg ikke altså (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

NSF’s posisjonering bidro ikke bare til å opprettholde fokuset på lønnskampen, men også til en begynnende *normativ* omdefinering av den nye vikarordningen. Plutselig var ikke dette med sykepleieleie så fremmed og uakseptabelt lenger. Vikarbyråenes jobbtilbud for sykepleiere var tatt inn i varmen på øverste nivå i forbundet, noe som signaliserte at sykepleiervikarer er like gode sykepleiere som andre sykepleiere, og at vikarbyråer er like gode (om ikke bedre) arbeidsgivere enn det offentlige. Ved å fronte slike standpunkter bidro forbundet til å gi sykepleiere *legitime* argumenter for å rettferdiggjøre en positiv holdning til både vikarbyråbransjen og jobben som byråvikar. Ved så tydelig å akseptere vikarbyråer som arbeidsgivere for sykepleiere, ble det gitt grobunn for en *legitimering* av sykepleieleie som ikke bare handler om vikarjobben, men også om dem som befinner seg på innleiesiden. Hvis NSF går god for sykepleiervikarer og deres arbeidsgivere, hvorfor skal eller kan ikke sykehusene også gjøre det? Slik er det, gjennom aktørenes bearbeidelser av egne argumenter og begrunnelser, blitt skapt nye måter for sykepleiere og andre å produsere legitimitet om innleiemodellen på.

5.5 Etableringen av en ny type sykepleierjobb

Vi vet lite om *hvem* det er som jobber som byråansatte sykepleiervikarer i Norge og *hvorfor* de arbeider på denne måten. Det er imidlertid kjent at det særlig er to grupper av sykepleiere. Den første gruppen er *unge (nyutdannete)* sykepleiere i alderen 25–35 år, og den andre gruppen er *godt voksne* sykepleiere i alderen 45–55 år (Dahle og Østbye 2007:44; Østby 2004:66). Den første gruppen sykepleiere, har gjerne ikke etablert seg med egen familie og egne barn enda. Den andre gruppen, har ofte voksne barn som har flyttet hjemmefra. I tillegg til disse to gruppene, kan det skilles ut to andre mindre vikargrupper: “*Småbarnsforeldre*”, som ønsker å ta ekstravakter mens de er hjemme/har permisjon med små barn, og “*danskene*

og svenskene” som kommer til Norge for å jobbe (mye) i en periode (Nergaard og Nicolaisen 2002:62–63).⁷² Dette svarer til oppfatningene hos de vikarbyrålederne som jeg intervjuet. Lederne i Det tradisjonelle vikarbyrådet fortalte at vikarjobben ser ut til å passe like godt for “sykepleiere på 22, som for sykepleiere på 50” (Ledelsen ved DTV, intervju 28.04.2003). Daglig leder i MV beskrev på sin side den typiske sykepleiervikaren på denne måten:

Enten så er det de som er unge og relativt frie – som ikke har fått barn ennå, og ikke stiftet familie, [og] som har noen års erfaring som sykepleier. [De] er kanskje mellom 25 og 35. [...] Ganske fleksible. De kan fort ‘switche’ fra en dagvakt til en nattevakt og sånt noe, uten at det er noen store hensyn å ta hjemme. Ellers så har du veldig ofte de som har voksne barn. Som da er ferdig med småbarn og [hvor] barna har flyttet hjemmefra. De har gjerne mer seg selv å tenke på og velger da å bli vikar. Da kan de farte litt rundt og se litt og oppleve litt (Daglig leder i MV, intervju 26.03.2003).

5.5.1 Lønn og fleksibilitet som viktigste motiver for vikarjobben

Høyere lønn og større grad av (arbeidstids-)fleksibilitet fremstår som omtrent like viktige motiver for å arbeide som sykepleiervikar (Førland 2005:53; Nergaard og Nicolaisen 2002:62–63).⁷³ Unntaket er danske og svenske vikarer, som ser ut til å legge mest vekt på lønnsaspektet (Nergaard og Nicolaisen 2002:63).

Flere avisoppslag fra 2001, 2002 og 2003 fremstilte den typiske sykepleiervikar som godt lønnet og fornøyd med sin store grad av frihet og fleksibilitet i jobben. I enkelte av oppslagene ble det vist til sykepleiere som hadde valgt eller vurderte å slutte som sykepleier i det offentlige, for å begynne i vikarbyrå.⁷⁴ Dagbladet (08.11.2002) fortalte eksempelvis om en sykepleier som nylig hadde sagt “opp ved Haukeland i Bergen fordi vikarjobben er mer variert” og bedre betalt. Bergens Tidende (22.02.2002a) fortalte samsvarende om en syke-

⁷² Det er stort samsvar mellom sykepleiere som velger å arbeide som byråvikarer og sykepleiere som er undersysselsatte. De undersysselsatte kan deles inn i to grupper: Relativt nyutdannede unge sykepleierne som har kort fartstid i sykehusene (på arbeidsplassen), og godt voksne sykepleiere som har lagt småbarnsfasen bak seg. Undersysselsatte kjennetegnes av en høy andel ekstraarbeid, noe som er et uttrykk for at dette er deltidsansatte som gjerne ønsker en større stillingsbrøk (Olsen 2000:154).

⁷³ Oddvar Førland (2005) har gjennomført en prospektiv kohortstudie hvor bruttoutvalget er 590 sykepleiere med det til felles at de var ferdigutdannet med sykepleierutdanningene i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane i 2000. Utvalget er ved hjelp av spørreskjemaer fulgt opp de første årene av sitt yrkesliv, etter fullført sykepleierutdanning. Blant respondentene i undersøkelsen svarte 10 prosent bekreftende på spørsmål om de noen gang hadde jobbet som sykepleier i et privat eller offentlig vikarbyrå, i én eller flere perioder, i løpet av deres 3 ½ år lange sykepleierkarriere. På spørsmål om hvor aktuelt det er å søke jobb som sykepleiervikar i et vikarbyrå i fremtiden, svarte kun åtte prosent av respondentene at de trodde at de kom til å jobbe i/for et vikarbyrå på kortere eller lengre sikt. Så mange som 45 prosent oppga at de ikke visste om de kom til å søke seg arbeid som sykepleiervikar. 46 prosent var bestemt på at de ikke ønsket denne typen jobb/arbeidstilknytning.

⁷⁴ Aftenposten (24.02.2002a): *Lei av å lære opp vikarer*; Bergens Tidende (22.02.2002a): *Får 80 000 kroner mer som vikar-sykepleier*; Bergens Tidende (22.02.2002b): *Vurderer å slutte*; Dagbladet (09.09.2001): *Omsorg til leie*; Dagbladet (08.11.2002): *Tjener fett på å være vikar*; Firda (20.02.2003): *Blei vikar – fekk 100.000 i lønsauke*; Gudbrandsdølen Dagningen (29.07.2002): *– Finn dere jobber med bedre lønn*.

pleier som hadde begynt som byråvikar, for på den måten å stå friere til å velge egen arbeidstid og fordi jobben var godt betalt: “Kombinert med høyere lønn ble overgangen til privat sektor et enkelt valg. [...] Lønnen og friheten var motivasjonen”. I enkelte sammenhenger ble det nærmest satt likhetstegn mellom den gode vikarlønnen og en større *verdsetting* av sykepleierens kompetanse og arbeidsinnsats:

– Eg slutta fordi eg alltid kjende meg trøyt og umotivert. Jobben krev så mykje at eg måtte finne på noko anna [...]. N.N. kjende seg smigra over den merksemda vikarbyrået har gjeve henne. – Eg har aldri før kjent meg verdsett på ein slik måte, ei annerkjenning av at det var nokon som var villig til å betale for min kompetanse (Bergens Tidende 11.04.2002b: *Går til byrå og doblar inntekta*).

– Jeg følte en veldig antipati mot jobben, og hadde lyst til å glemme hele sykepleieryrket. [...] Samtidig med at bemanningen var for dårlig og vi var underbetalt i forhold til andre yrker, fikk vi beskjed om at vi brukte for mye penger. Det gjorde meg frustrert [...]. – Med voksne barn er jeg verken avhengig av å ha full stilling eller et fast tilholdssted. At lønnen er bedre, betyr selvsagt også en del [...]. – Byrået vet hvilke ønsker jeg har, og prøver å slå sammen mine behov med det de kan tilby. Det er en behagelig løsning, sier 48-åringen (Aftenposten 17.03.2001a: *Vendte tilbake til yrket*).

Når det snakkes om *fleksibilitet* i arbeidsforholdet, er det viktig å presisere at vikarer – som andre arbeidstakere – gjerne har forskjellige ønsker, og at fleksibilitet ikke utelukkende kan betraktes som et gode. Forskjellige ønsker kan ha bakgrunn i en rekke forhold, slik som familiesituasjon og personlige preferanser. Mens noen synes det passer å arbeide mye i kortere perioder, for så å ha en lengre friperiode, ser andre fordelen med å ha en fast arbeidstid hele året. Mens enkelte vil ha stor grad av fleksibilitet i jobben, i forhold til arbeidsoppgaver, er det andre som lett kan synes at det blir for mye fleksibilitet (Gaupset 2002:161).

Et ønske som synes å være utbredt blant sykepleiervikarer, er å ha *variasjon* i forhold til arbeidsoppgaver, pasientgrupper, diagnoser osv. I de tilfeller hvor det i arbeidssituasjonen er stor variasjon i arbeidsoppgaver, og vikaren opplever mestring i forhold til dette, kan vikarjobben innebære en *flerferdighet* som kan være personlig utviklende for vikaren. Et krav til flerferdighet hvor en til stadighet må lære nye ting, og ta på seg nye arbeidsoppgaver, kan til forskjell være belastende. Dette gjelder særlig der hvor arbeidstakeren/vikaren har liten innflytelse på oppgavene som skal gjøres, ikke får nødvendig opplæring og oppfølging, og generelt føler et ubehagelig press (ibid.; Grönlund 2004:14–15).

Enkelte informanter fremhevet den positive formen for flerferdighet i sin beskrivelse av vikarjobben, ved å vise til at en som vikar gjerne får større *bredde* erfaringsmessig enn det er mulig å oppnå i en ordinær sykepleierjobb:

Jeg synes de [sykepleiervikarene jeg har arbeidet med] har god kompetanse, men også det at de har bredde. De har mye bredere erfaring enn det en gjerne har, som blir fastlåst i *en* avdeling (S6, Sykepleier Nevrologisk, intervju 15.05.2003).

Oversykepleieren ved Nevrologisk avdeling kommenterte likeledes at man som sykepleier-vikar gjerne får anledning til “å teste ut ulike miljøer både faglig og arbeidsmiljømessig” (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003). En sykepleier i Det tradisjonelle vikarbyrået, som hadde hatt oppdrag ved denne sykehusavdelingen, begrunnet på sin side valget av vikarjobben med å vise til at jobben gir mulighet for å “se seg litt rundt”. På intervjudispunktet i 2003 hadde hun arbeidet som innleid vikar ved flere avdelinger i sykehuset:

Jeg tenkte at vikarbyrå var en god mulighet [til å] sondere terrenget litt; å komme på litt forskjellige avdelinger på sykehuset, ja, få et innblikk i hva jeg ville. Men så har vel tiden bare gått egentlig. Det har jo gått seg litt til. Jeg har vel gjerne utsatt det å søke på fast jobb. Jeg har tenkt at ‘jeg kan jo være der litt til’. Også har jeg det veldig fint med å være i vikarbyrå. Det er ikke alle plasser du blir sendt ut da, men stort sett så får du se litt forskjellig. [...] Jeg har vært på Kirurgen, Spinalenheten, Nevrologen (dagposten), Infeksjonsposten, Medisinsk avdeling, så jeg føler at jeg har kommet til mange [sykehusavdelinger] (Vikar 2 i DTV, intervju 01.07.2003).

Dersom man klarer å være tålmodig og vente på at (eventuelle) attraktive vikaroppdrag skal dukke opp, kan man som sykepleiervikar oppleve å få *innflytelse* over både arbeidsoppgaver, arbeidssted(er) og arbeidstid. I en slik situasjon kan vikaren erfare stor grad av *frihet* og *kontroll* i arbeidsforholdet:

Fordelene er jo det at du kan ta ut mer fri og styre din egen hverdag, og at du også kan, siden jeg avtaler så kort frem i tid, [...] plukke de beste oppdragene. De som jeg har mest lyst på. Fordi det er hele tiden åpent ganske kort frem i tid. Så hvis de da ber om vikar til [sykehus-]avdelinger som jeg har spesielt lyst å gå på så kan jeg gjøre det fordi jeg ikke har bundet meg opp andre plasser. [...] Jeg synes det er veldig greit det å ikke måtte planlegge langt frem i tid, sånn at man kan plukke. Jeg liker veldig godt å plukke. [...] Jeg føler meg privilegert som kan plukke de beste tingene fra hvert sted, og ta det med meg videre (Vikar 1 i DTV, intervju 27.05.2003).

Denne måten å arbeide på kan imidlertid skape usikkerhet i forhold til hva lønnen vil bli fra måned til måned, noe som kan være krevende og vanskelig å forholde seg til:

Det er ingen fast lønn. Hvis ikke jeg har oppdrag så har jeg heller ikke lønn, så jeg må planlegge litt ut fra det. [...] Du skal jo følge litt med, for plutselig så sitter du med skjegget i postkassen. [...] Men jeg ville aldri valgt en 100 prosent fast stilling, eller et vikariat. Men hvis ting skulle snu veldig, så kanskje jeg ville ‘backet’ [meg] opp med et 50 prosent vikariat, og så jobbet i byrå resten [av

tiden]. Sånn har jeg i hvert fall tenkt. Men foreløpig så vasser jeg i jobb (Vikar 1 i DTV, intervju 27.05.2003).

Savnet etter å være del av et fast arbeidsmiljø er en klar ulempe i vikarjobben, ifølge denne sykepleiervikaren: “Arbeidskollegaer som man går opp igjen og opp igjen med, de lærer å kjenne deg, og har man dårlige dager så kan du faktisk få lov til å ha det” (ibid.). På den annen side kan det også være visse fordeler med det å stå på *utsiden* av etablerte arbeidsfellesskap. Situasjonen gjør det for eksempel enklere å distansere seg fra vanskelige situasjoner og konflikter på arbeidsplassen(e):

Også slipper man personalkonfliktene som er – det og er veldig deilig. Det er automatisk konflikter på et fast arbeidssted, i mer eller mindre grad, ja. [Jeg slipper å gå] i dybden på det, ja. Man blir ikke så mye involvert i det, og hvis noen prøver å involvere meg i det så kan jeg liksom trekke meg litt tilbake; å være nøytral og si det at ‘nei, det vil jeg ikke bli blandet opp i’ ... Så du kan plukke det beste, ja. [...] Det er noe med det at man skal egentlig ikke bli så altfor involvert i avdelingen. [...] Det er faktisk egentlig litt godt å ha den distansen, synes jeg. Det er veldig praktisk ... (Vikar 1 i DTV, intervju 27.05.2003).

Den noe *ambivalente* måten å forholde seg til vikarjobben på, kommer til uttrykk på flere måter. På den ene siden ser det ut til at sykepleiervikarer er *tiltrukket* av det å kunne stå på egne ben, gjennom å fremforhandle arbeidsoppdrag på bakgrunn av egne ønsker og behov (arbeidsinnhold, arbeidstid m.m.), og unngå å bruke energi på tyngende konflikter og gruppediskusjoner på arbeidsplassen. På den andre siden ser det ut til at sykepleiervikarer kan *savne* den forutsigbarhet som hører med en fast ansettelse, og da spesielt det å være del av et fast fellesskap (på godt og vondt) og oppleve fortrolighet med de arbeidsoppgaver man står overfor. Sykepleiervikarene som jeg intervjuet var tydelige på at de til tider savnet tilhørigheten til et fast arbeidsmiljø, og at det å stå på utsiden av faste kollegium først og fremst var negativt:

Det med det kollegiale, det er vel en stor ulempe. [...] Altså, når du går rundt i avdelingen så er det jo greit nok for da har du de pasientene du skal passe og ta hånd om. Men for eksempel i pauser og sånne ting, så blir du sittende der som en tilhører gjerne ... Altså, du kommer ikke med i samtalen sånn som du ville ha gjort om du hadde jobbet der fast. Du føler deg gjerne litt utenfor på en måte ... Litt sånn alene. [Videre] er det jo ikke alle sykdommer [pasientgrupper] hvor det er riktig å sette en vikar inn, det synes jeg ikke. Både for vikaren og pasienten (Vikar 2 i DTV, intervju 01.07.2003).

Et viktig moment i forhold til dette, er at innleide vikarer ofte bare er innom for en kortere periode ved ulike arbeidsplasser, noe som krever at de klarer å holde et jevnt godt humør. Hvis ikke de klarer dette risikerer de å sette seg selv og det vikarbyrå som de representerer i et

dårlig lys, noe som kan bety slutten på oppdrag ved det bestemte arbeidsstedet og/eller for byrået. Dette er en side av vikarjobben som kan oppleves som *emosjonelt* krevende.

Hvis du er fast ansatt på en plass som du har vært i ett år, så kan du faktisk tillate deg å komme på jobb en morgen og si at ‘jeg er faktisk dritsur, sånn og sånn eller sånn og sånn’. At ikke alle hverdager er like. Men når du er vikar – og kommer rundt på forskjellige plasser – så må du faktisk være veldig smilende og blid hver dag, og legge på deg et smil og være nikkedukke og litt sånn ‘jada, det går så greit’. Enn at du gjerne; ‘fy, for en dag!’ (ibid.).

Sykepleiervikarene som jeg intervjuet fortalte at de la vekt på å vise seg fra sin beste side når de var ute på oppdrag, og at dette var et personlig ansvar som de tok på alvor. Forventningen om å stille “fresh” på jobb som vikar ble uttrykt gjennom formuleringer som at det var viktig å legge på seg et smil og ta seg sammen, for å fremstå som en hyggelig person i enhver sammenheng.

Man skal jo ta seg sammen, du kan liksom ikke komme og ha stått opp med feil fot, og brøle løs på et nytt arbeidssted der man kommer inn som innleid (Vikar 1 i DTV, intervju 27.05.2003).

Jeg synes at de som jobber i vikarbyrå bør vise en positiv side av vikarene sånn at det kan bli mer akseptert, og at en ikke blir oppfattet som en raring. [...] Jeg føler jo en forpliktelse til å gi et godt bilde av [Det tradisjonelle vikarbyrået] når jeg er ute og jobber. De er min arbeidsgiver, og hvis jeg gjør en dårlig jobb så setter det [dem] i et dårlig lys. Så jeg prøver jo å gjøre mitt beste for at [Det tradisjonelle vikarbyrået] skal få et godt bilde, og samtidig så ønsker jeg jo å vise meg selv som et åpent og hyggelig menneske (ibid.).

Opplevelsen av å måtte “være veldig smilende og blid hver dag” og måtte “legge på deg et smil og være nikkedukke”, kan uten tvil være emosjonelt belastende. Som vikar er man på sett og vis vikarbyråets *ansikt utad* når man er på jobb, siden man representerer vikarbyrået.⁷⁵ Situasjonen gjør sykepleiervikaren til noe *mer* enn en sykepleier; han/hun blir også en slags servicearbeider som forventes å være smilende og hyggelig til enhver tid.⁷⁶

⁷⁵ “*Vikaren er vårt personlige ansikt*” er et uttrykk som Adecco har brukt på sin nettside. Formålet har vært å synliggjøre Adeccos målsetting om å oppnå “nærhet til kundene” (Adeccos nettside, 16.04.2002: *Vikaren er vårt personlige ansikt*).

⁷⁶ I arbeidsmiljøforskningen har de emosjonelle sidene ved arbeidet fått større oppmerksomhet de siste årene. Forskningen viser at emosjonelt arbeid er et økende krav i moderne arbeid og da spesielt i en del “frontlinje-jobber” hvor kontakten med kunder er en del av arbeidsprosessen (Sørensen 2001:50). I forskning om emosjonelt arbeid er det spesielt serviceansatte med utstrakt kundekontakt, slik som flyvertinne-, resepsjonist- og servitøryrket, som er studert. Utgangspunktet er at det å til stadighet måtte skape “det gode kundemøtet”, som ledd i ens arbeid, kan oppleves som *emosjonelt utmattende* (Forseth, Molden og Rasmussen 2002:88). Det emosjonelle arbeidet som gjøres i tradisjonelle serviceyrker innebærer at de ansatte gjerne bruker sine følelser for å skape en ønsket stemning eller opplevelse hos kundene (Forseth 2001, 2002:103; Hochschild 1983. Se også Jacobsen 2000). Forskning om emosjonelt arbeid kan ha relevans for å forstå den form for slitenhet som helsepersonell generelt rapporterer om. Sentralt står tempokrav og opplevelsen av å måtte innfinne seg med nye styringsredskaper og oppskrifter som gjør det vanskelig å følge eget faglig skjønn (Sørensen 2001:51).

5.6 Et tilbud skaper sin etterspørsel: Sykehus som innleiare av sykepleiere

Sykepleiervikarenes inntog i sykehusene har vært langt fra smidig. Da sykepleieinnleie ble en mulighet, var det flere i sykehussektoren som anså denne vikarordningen som en *lite* ønskelig måte å løse utfordringen med å skaffe nok sykepleiere. Mange sykehus hadde lenge hatt problemer med sykepleierekrutteringen. Situasjonen utløste en nær sagt uavbrutt diskusjon om hva som kunne og burde gjøres for å løse rekrutteringsproblemene (Sørensen 2000:24, 2001:192).

5.6.1 Sykepleiemangel = bemanningsproblemer = sykepleieinnleie

Det var stor sykepleiemangel da den loven trådte i kraft. En del sykehus slet jo voldsomt [...]. Klarer de ikke å skaffe de folkene de trenger selv, så har de alltid noen [vikarbyråer] de kan ringe. Og vikarbyråene tenker mye kreativt og mye nytt, og de henter inn svensker og dansker ... Så nå har de [sykehusene] jo alltid noen å ringe, dersom de trenger folk (Daglig leder i MV, intervju 26.03.2003). (Daglig leder i MV, intervju 26.03.2003).

Det er først og fremst det store underskuddet på sykepleiere i sykehussektoren som har bidratt til at innleiemodellen har fått innpass her, tross intern motstand (Hjallum og Fæste 2004; Nergaard og Nicolaisen 2002:59). I mange sykehus ble innleiemodellen tatt i bruk som følge av store rekrutterings- og bemanningsproblemer på pleiesiden; som en form for *krisetiltak*. Flere sykepleieledere som jeg intervjuet, mente vikarbyråer som satser på sykepleieutleie utnytter helsevesenets rekrutteringskrise. En av dem var oversykepleieren som arbeidet på et av universitetssykehusene på Østlandet:

Det [sykepleiemangelen] har vært motiv for å leie inn og det har vært motiv for å etablere firmaene. [Det å] spekulere i sykepleiemangelen. Tjene penger på sykepleiemangelen, på en måte. [...] Nå blir det veldig opp til hvert sykehus. Men jeg tror enkelte ganger at en del av mine kolleger bare har trodd at de ikke hadde noe valg: De trodde at det var den eneste løsningen. [...] 'Åh, her mangler vi folk; åh, vikarbyråer!' [...] Vi hadde kollegaer som var så desperate, som tryglet og *ba* om å få bruke vikarbyrå, men det var på en måte: 'Nei! Det *må* finnes andre løsninger!' (Overspl. ved et Universitetssykehus på Østlandet, intervju 25.03.2003).

I media ble den aktuelle vikarbruken i stor grad fremstilt som en arbeidsmiljømessig belastning for sykehusene, og som en svært dyr ordning.⁷⁷ Mange sykepleiere skal ha vært kritiske til å arbeide sammen med bedre betalte vikarer, som de gjerne også måtte bruke tid på å lære opp. Avisoverskrifter som *Når vikarene skummer fløten* (Aftenposten 08.11.2001) og

⁷⁷ Aftenposten (08.11.2001): *Når vikarene skummer fløten*; Aftenposten (24.02.2002b): *12 forskjellige byråer*; Dagbladet (09.09.2001): *Omsorg til leie*; Dagbladet (08.11.2002): *Tjener fett på å være vikar*.

Lei av å lære opp vikarer (Aftenposten 24.02.2002a) uttrykker misnøyen. Enkelte aviser fortalte historier om sykepleiere som vurderte å si opp sine stillinger, som følge av det de opplevde som urettferdige lønnsforskjeller mellom faste og innleide sykepleiere (Bergens Tidende 22.02.2002b: *Vurderer å slutte*).

Det var særlig sykehusene i Oslo-området og enkelte større sykehus på Vestlandet som fikk omtale i media. Aftenposten hadde for eksempel flere artikler som omhandler bruken av sykepleieinnleie ved Aker sykehus og Ullevål Universitetssykehus, hvorav flere satte søkelys på sykehusenes utgifter til og økende bruk av den bestemte vikarordningen. I 2001 skal Aker ha brukt 22 millioner kroner på sykepleieinnleie (Aftenposten 24.02.2002b: *12 forskjellige byråer*). I de tre første kvartalene av 2001 skal Ullevål ha brukt 26 millioner kroner på samme ordning (ibid.; Dagens Næringsliv 24.02.2002: *Ullevål sykehus kan starte vikarbyrå*). Ifølge sykehusets sjefssykepleier (Eva Bjørstad), som kritiserte vikarbruken, var den utbredte vikarbruken et resultat av “en tilfeldig praksis” hvor den enkelte divisjonsdirektør/avdelingsleder selv bestemte hvilke vikarbyrå det skulle leies inn sykepleiere fra. Praksisen hadde ført til at sykehuset leide inn sykepleiere fra til sammen 12 vikarbyrå, noe som hadde skapt en uoversiktlig situasjon. Etter hvert ble situasjonen forsøkt forbedret ved å anbudsprivatisere vikarbruken (Aftenposten 24.02.2002b: *12 forskjellige byråer*).

I 2002 skal Sentralsykehuset i Akershus (SiA) ha brukt om lag 36 millioner kroner på sykepleieinnleie. Årsaken skal ha vært sykehusets mangel på spesialiserte sykepleiere (Dagbladet 08.11.2002: *Tjener fett på å være vikar*). Samme år skal Akershus Universitetssykehus (Ahus) ha lagt an til å bruke mellom 60 og 70 millioner kroner på innleie av sykepleiere (Nergaard og Nicolaisen 2002:64).

5.6.2 Sykehusene svarer med mottiltak

Forholdsvis kort tid etter at den nye vikarordningen var tatt i bruk ved flere sykehus, begynte sykehusene et arbeid for å redusere og få kontroll med bruken av ordningen. En *anbudsbaser*ing av ordningen ble vurdert som et tiltak som ville gi ryddigere forhold rundt vikarbruken, og bidra til økonomisk innsparing. De første anbudsbaserte avtalene om sykepleieinnleie kom i stand i 2001–2002, da enkelte sykehus/helseforetak inngikk denne typen samarbeid med vikarbyrå. I 2002 skal samtlige helseforetak ha hatt planer om å anbudsbasere bruken av sykepleieinnleie, for å samordne vikarbruken og “få best mulig kvalitet til lavest

mulig pris” (Nergaard og Nicolaisen 2002:64). Enkelte foretak, slik som Helse Vest, var samtidig i gang med å undersøke muligheten for å lage interne vikarpooler (ibid.).

Ifølge Aftenposten (24.02.2002b) begynte Aker arbeidet med å få på plass en anbudsbasert innleieavtale om sykepleiere i 2001.⁷⁸ Året etter, i 2002, ble samme type avtale inngått ved Ullevål, Rikshospitalet og Haukeland sykehus i Bergen. Rikshospitalet hadde tidligere praktisert et “forbud mot å leie inn helsepersonell fra utleiefirmaene”, av hensyn til økonomiske og arbeidsmiljømessige forhold. Sykehusets sjefssykepleier (Inger Margrethe Holter) var at den oppfatning at “det vil bli altfor dyrt for sykehusene å ta inn vikarer fra private utleiefirmaer. – Dessuten er det ikke bare lett å ta stadig nye vikarer [inn] i sykehusmiljøet. Det blir ingen kontinuitet av slikt, og det tar tid å komme inn i rutiner” (Aftenposten 17.03.2001b: *Populært å bli sykepleiervikar*).

Et annet tiltak som ble igangsatt ved enkelte sykehus, for å begrense bruken av sykepleieinnleie, var bestemmelsen om *utvidet karantenetid* på ett år for sykepleiere som slutter for å begynne som byråvikarer. Hensikten var å stoppe tendensen til at sykepleiere sa opp sine stillinger for enten å bli vikarer i vikarbyrå eller starte opp enkeltpersonforetak. Bestemmelsen ble i 2002 innført ved Ahus, som samme år bestemte at all bruk av sykepleieinnleie skulle godkjennes på direktørnivå (Nergaard og Nicolaisen 2002:64). Også Haukeland var rask med å innføre utvidet karantenetid. Ordningen praktiseres her slik at dersom en sykepleier slutter for å bli byråvikar, må det gå minimum ett år før han/hun kan bli utleid til sykehuset *eller* returnere til sin gamle arbeidsplass.⁷⁹ Ordningen er blitt kritisert for å være i strid med lovverket, som spesifiserer en frist på seks (ikke 12) måneder for arbeidstakere som skal leies inn til sin tidligere arbeidsgiver (Innst.O.nr. 34, 1998–1999, punkt 6.2.1).

Et tredje tiltak, er etableringen av *interne vikarordninger for sykepleiere*; et konsept som går ut på at sykehuset/helseforetaket ansetter sykepleiere for utleie til egne enheter. Både

⁷⁸ En viktig grunn for at Aker var forholdsvis tidlig ute med å anbudsbasere bruken av sykepleieinnleie, var en episode på sykehuset i august 2001: En hjertesyk pasient døde mens to pleiere sov på vaktrommet. I etterkant av dødsfallet ble det avslørt at mange av dem som tok doble vakter på sykehusets akuttavdelinger, var innleide vikarer. I avtalen som Aker inngikk med tre vikarbyrå ble det, på dette grunnlag, utarbeidet en bestemmelse som ga sykehusledelsen “rett til innsyn i byråenes interne kontrollrutiner” (Aftenposten 09.10.2001: *Oppvask på Aker sykehus*). Bestemmelsen var viktig for å kunne oppnå en viss kontroll med vikarbyråenes ansvar for å overholde arbeidsmiljøloven, og dermed unngå at vikarer arbeider doble vakter.

⁷⁹ Dagsavisen (17.04.2002): *Får pleierne til å bli*; Nationen (30.04.2002a): *Sjukepleiarar vel vikarbyrå*; Nationen (30.04.2002b): *Blåser av innført karantene*; NRK1 Norge i dag (16.04.2002): *Grasrotopprøret blant sykepleierne vokser*.

Haukeland, Ullevål og Sentralsykehuset i Rogaland (SiR) etablerte tidlig slike interne vikarpooler. Målet var å spare både arbeidsmiljøet og økonomien. I tillegg var det av betydning at intern innleie ble ansett for å være kvalitetsmessig bedre enn ekstern innleie.⁸⁰ Eksempelvis fortalte direktøren ved Ullevål (Helge Johan Kjersem) at et internt vikarbyrå ville “reducere bruken av dyre, eksterne vikarer” og sikre sykehuset “kvalifisert personell som er kjent på sykehuset” (Aftenposten 24.02.2002c: *Ullevål sykehus planlegger eget vikarbyrå*). De sykehus som opprettet interne vikarpooler, gjorde dette primært for å redusere bruken av ekstern innleie (Nergaard og Nicolaisen 2002:64). I vikarbyråbransjen har enkelte reagert negativt på tiltaket, som de mener er prinsipielt problematisk. Det problematiske ligger i at offentlige sykehus selger tjenester til det offentlige. At offentlige sykehus skal være i stand til å skaffe billigere sykepleiervikarer enn private utleieaktører, hevdes å være en illusjon. I en kronikk i *Dagens Medisin* fra 2003, skrevet av administrerende direktør i bemanningsbyrået Xtra personell (Kristian Fæste), kommer kritikken tydelig til uttrykk. Her stiller Fæste seg spørrende til hvordan et sykehus (Haukeland) og en eier (Helse Bergen) som selv ikke klarer å drive med økonomisk overskudd, skal klare å drive forretning med overskudd. Videre vises det til at årsaken til at store norske bedrifter kjøper vikar- og bemanningstjenester eksternt i stedet for å ha vikarer i et eget internt vikarbyrå, er at det verken er juridisk forsvarlig, lønnsomt eller særlig fleksibelt å ha en intern vikarordning. Ifølge Fæste er det grunn til å tvile på at interne vikartjenester for sykepleiere vil være lønnsomt for helsevesenet (Fæste 2003). I en annen kronikk i *Dagens Medisin* kritiserer Preben R. Hjallum og Kristian Fæste (2004) sykehusene for å ha tiltro til at en begrensning i bruken av arbeidsinnleie vil bidra til reduserte kostnader. Det hevdes at sykehus-Norge har store udekkede bemanningsbehov, som det vil være særs ulønnsomt å dekke inn internt. Sykehusene anklages samsvarende for å gjøre en feilvurdering, ved å begrense bruken av innleid arbeidskraft som et kostnadseffektiviserende tiltak. Det eneste dette tiltaket kan brukes til, hevdes det, er som en symbolsk handling overfor de helseansattes fagforeninger som fremdeles ser ut til å ha en ubegrunnet mistro til alt som smaker av privat initiativ og privat næringsliv.

Representanter fra vikarbyråbransjen og sykehussektoren står her steilt imot hverandre, med forskjellige oppfatninger av intern innleie som henholdsvis et illusorisk sparetiltak eller en

⁸⁰ Se følgende avisoppslag: Aftenbladet (09.10.2002): *SiR skaper egen vikarpool*; Bergensavisen (24.07.2002): *Haukeland får eget vikarbyrå*; Bergens Tidende (11.04.2002a): *Sykehus med eget vikarbyrå*; Dagens Næringsliv (24.02.2002): *Ullevål sykehus kan starte vikarbyrå*; Haukeland sykehus’ nettside (06.09.02): *Prosjekt “Nytt internt vikarbyrå” er i gang!*.

fornuftig vikarordning både økonomisk og kvalitetsmessig. Uenigheten ser i stor grad ut til å avhenge av hva den eksterne vikarbruken settes opp mot av *andre* vikar- og bemanningsløsninger, slik som overtid på ordinære sykepleieransatte. Det synes å være enighet om at timeprisen for en byråansatt sykepleier er høyere enn den ordinære timeprisen for en fast ansatt sykepleier. Uenigheten ligger altså ikke der, men i hvorvidt bruken av ekstern innleie er rimeligere å bruke enn overtid på egne sykepleieransatte, og hvorvidt intern innleie er en rimeligere ordning sammenliknet med bruk av overtid og ekstern innleie. I tillegg kommer hensynet til kvalitet, og derfor spørsmålet om hvordan forskjellige vikar- og bemanningsløsninger står i forhold til hverandre rent faglig (ibid.).

I casesykehuset er dette et spørsmål som har stor aktualitet i den studerte perioden (2001–2006), hvor sykehuset satte i gang med både anbudsbasert ekstern innleie og intern innleie. Hvorvidt ordningene fungerte etter planen, fremgår av de påfølgende analysekapitlene. Tema her er sykehusets adoptering, videreutvikling og legitimering av sykepleieinnleie.

5.7 Avslutning

Gjennomgangen i dette kapittelet viser at realiseringen av det nye regelverket for arbeidsleie innebar endringer for aktørene i feltet, og at aktørenes oppfatninger om sykepleieleie hadde i seg elementer av *ambivalens* og *oppdagelser*. Dette gjelder i særlig grad sykepleierne og deres forbund, hvor man finner både tilhengere og motstandere av sykepleieleie. Mens flere sykepleiere har hatt behov for å opponere mot den bestemte vikarordningen, har andre latt seg friste av vikarbyråenes jobbtilbud. Kritikken mot ordningen har dreid seg om at sykepleier-vikarer først og fremst legger vekt på egen fordel og vinning, til forskjell fra å tenke på hva som er til det beste for pasientene, arbeidsstedet, arbeidsfellesskapet og sykepleien som fag. På den måten er sykepleiere i vikarbyrå blitt anklaget for å ha forlatt det normative grunnlaget som sykepleiere skal ha blitt lært opp til gjennom utdannelsen. En vanlig innvending mot ordningen har vært at denne undergraver det kollektive fellesskapet og kontinuiteten i sykepleiarbeidet. Det er videre blitt sett på som urettferdig at innleide vikarer har bedre betalt enn fast ansatte sykepleiere.

På den annen side har ikke skeptikerne vært fremmed for å bruke den nye markedsdannelsen til egen fordel. NSF dempet raskt sin kritikk av ordningen, til fordel for å bruke vikarbyråenes

jobbtilbud til sykepleiere som en slags brekkstang i lønnskampen. Med referanse til hva vikarbyråer tilbyr sykepleiere i lønn, fremsatte NSF på ny kravet om å bedre lønn for sykepleiere som arbeider i offentlig sektor. Gjennom en pragmatisk anvendelse av den nye situasjonen og dets spilleregler, brukte NSF den nye vikarordningen i lønnskampen. Det nyoppståtte utleiemarkedet for sykepleiepersonell ble ikke lenger vurdert som et utelukkende onde, men som et realiserbart gode for sykepleieres mulighet til å fremforhandle gode lønns- og arbeidsvilkår. Lønnsoppgjøret i 2002 viser at taktikken virket; et oppgjør som var særdeles godt for sykepleiernes del. Av betydning for NSF's *snuoperasjon* var også det faktum at enkelte sykepleiere alt fra første dag stilte seg positive til vikarbyråenes jobbtilbud. Ikke alle sykepleiere var enige med NSF i at sykepleie helst bør utøves som del av et fast kollegium og at kommersielle aktører som leier ut sykepleiere er en uting. På bakgrunn av *motstridende* interesser blant sykepleiere generelt og NSF's medlemmer spesielt modererte forbundet sitt standpunkt i saken. En ny og kontroversiell strategi rommet en generell oppfordring til sykepleiere om å vurdere en bedre betalt jobb i vikarbyrå, noe som ga grobunn for en begynnende *normalisering* av vikarjobben blant sykepleiere. Med sine fremgangsmåter bidro NSF til å gi sykepleiere legitime begrunnelser for å velge den utradisjonelle vikarjobben og å gjøre dette med rak rygg. Dette skjedde til tross for at NSF kan mistenkes for fortsatt å være kritisk til sykepleieleie. Fra utelukkende å være skeptisk innstilt til ordningen ser NSF ut til å ha landet på en strategi som, på den ene siden, innebærer en fortsatt kritikk av brukerne av sykepleieinnleie, og, på den andre siden, en aktiv støtte til sykepleiere – som av hensyn til lønn og/eller grad av (arbeidstids-)fleksibilitet – velger å arbeide som byråvikar. En slik posisjonering har lagt grunnlaget for utviklingen av normative og pragmatiske argumenter for den arbeidstaker-/vikarrolle som den bestemte vikarordningen har tilrettelagt for.

De vikarbyråer som drev med sykepleieutleie høstet, i hvert fall for en periode, frukter av NSF's *snuoperasjon*, gjennom en større pågang av sykepleiere som ønsket å prøve seg som byråvikarer. I hovedsak har det vært to grupper av sykepleiere som arbeider på denne måten: Unge/nyutdannede og godt voksne sykepleiere. Dette er sykepleiere som ofte befinner seg på hver sin side av småbarnsfasen, og som gjerne har gode muligheter for varierte arbeidstider. Større grad av *fleksibilitet* og *gode lønnsbetingelser* er det som utpeker seg som de viktigste motivene for å jobbe som sykepleiervikar i vikarbyrå, og også det som i størst grad har bidratt til å skape legitimitet om denne typen jobb blant sykepleiere. For å tiltrekke seg sykepleiere, har vikarbyråer ofte valgt å tilby sykepleiere bedre lønninger enn det som har vært vanlig

innenfor det offentlige. Vikarjobben kjennetegnes i tillegg av generelt større grad av frihet, fleksibilitet og variasjon enn det som er vanlig i en ordinær sykepleierjobb.

Sykepleieres nysgjerrighet for vikarbyråenes jobbtilbud og NSF's tilsynelatende positive holdning til vikarbyråer som arbeidsgivere for sykepleiere, har vært med å rede grunnen for innleiemodellens entré i sykehusfeltet og dets enkeltvise organisasjoner. Også sykehusene, som brukere av sykepleieinnleie, spiller en sentral rolle i denne omformingen. I sykehusene ble innleiemodellen først og fremst tatt i bruk som en løsning på foreliggende bemanningsproblemer. Utbredt mangel på sykepleiere gjorde at mange sykehus, tross etablert normativ skepsis til ordningen, fant det riktig å teste *nytteverdien* av det nye vikartilbudet. Flere av de første anvendelsene av ekstern innleie i sykehussektoren hadde således karakter av nærmest å være noe ufrivillig, siden de fant sted til tross for at så mange tok avstand fra en ordning som de mente var i uoverensstemmelse med sykepleierprofesjonens normer, verdisystemer og rasjonalitet. Likevel har det også i innleievirksomhetene funnet sted en *normalisering* av ordningen, noe som har sammenheng med at denne i gjennomgående grad har blitt akseptert som et nyttig bemanningsverktøy i enkelte/flere (fraværs-)situasjoner. Dette kom overraskende på flere, som på bakgrunn av konkrete *erfaringer* med sykepleieinnleie, *oppdaget* at denne ordningen hadde visse fordeler. For eksempel bidro vikarbruken gjerne til redusert overtid og derigjennom mindre arbeidsbelastning på egne sykepleieransatte. Slike oppdagelser åpnet for utviklingen av normative begrunnelser for sykepleieinnleie, og følgelig til produksjon av legitimitet om både ordningen og bestemte praktiseringer av denne.

Den norske sykehussektoren kan med rette beskrives som et *komplekst* organisatorisk felt, noe som bl.a. skyldes tilstedeværelsen av forskjellige interessegrupper og profesjoner, og et langvarig og sterkt forandringspress med lanseringen av en rekke reformer. I felt av denne typen vil det gjerne finnes konkurrerende rasjonaliserte myter, forventninger og standarder (Bentsen og Borum 2003; Borum og Westenholtz 1995; Ruef og Scott 1998). En sentral pådriver for forandring i sykehussektoren er organisasjoner og institusjoner som utøver regulativt og normativt press. Det *regulative* presset er det især staten, regjering og storting, med deres underliggende etater som står for. Det *normative* presset utøves fra sterke fagorganisasjoner og andre profesjons-/fagnettverk, pasient- og interesseorganisasjoner og norske medier. Nærværet av forskjellige rasjonale og logikker i sykehusfeltet innebærer at feltets aktører kan settes overfor *tvetydig* press og *motstridende* forventninger (Bentsen og Borum 2003:70–71).

Hvilke rasjonaler/logikker aktørene velger å imøtekomme og bruke som legitimitetsbase(r) i sine vurderinger og bearbeidelser av innleiemodellen, har betydning for hvorvidt modellen anses som noe positivt eller negativt, nyttig eller unyttig, legitimt eller illegitimt.

Den regulative legitimeringsbasen var alt på plass da sykehusfeltets aktører ble introdusert for innleiemodellen i år 2000. Den politiske dragkampen om hvorvidt lovverket for arbeidsleie skulle åpne for sykepleieleie eller ikke, var da et tilbakelagt stadium. Det politiske kompromiss som tilrettela for innleiemodellens introduksjon i norske sykehus, brakte på banen begrunnelser og legitimeringsformer som sykehussektorens aktører i sin tur kunne dra veksler på i deres legitimeringsarbeid. Selv om enkelte av aktørene har holdt et forholdsvis konstant syn på innleiemodellen underveis i perioden som er studert, har de fleste endret oppfatninger av sykepleieleie over tid som ledd i sitt institusjonelle entreprenørarbeid. Etter hvert som aktørene har grepet de *muligheter* som har bydd seg – for eksempel ved å arbeide som eller leie inn sykepleiervikarer – har de foretatt nye koblinger mellom innleiemodellen og tilgjengelige rasjonaler/logikker. Som resultat er det blitt opparbeidet legitimitet om den i utgangspunktet så omstridte ordningen.

De tre neste kapitlene gir innblikk i de måter som casesykehuset har adoptert, videreutviklet og forsøkt å legitimere innleiemodellen i perioden 2001–2006. Starttidspunktet er satt til det første året det ble leid inn sykepleiervikarer i sykehuset. Som vi skal se var sykehuset forholdsvis rask med å inngå avtale med enkelte vikarbyrå om ekstern sykepleieinnleie og starte opp en intern ut- og innleieordning for sykepleiere. Da det ble mulig med sykepleieinnleie var de sykehusansatte ukjent med denne formen for vikarinnleie. Allerede etablerte vikar- og bemanningsordninger var forankret i den ordinære tilknytningsformen for arbeid, hvor sykepleiere ansettes fast eller midlertidig direkte i sykehuset. Innleiemodellen representerer et brudd med dette mønsteret og dermed med institusjonaliserte vikar- og bemanningspraksiser i sykehuset. Sentralt står det faktum at innleiemodellen baserer seg på et *trepartsforhold* mellom 1) sykehuset som innleier, 2) vikarbyrået som utleier og 3) sykepleiere som vikarer. Dette skiller seg fra det ordinære ansettelsesforholdet, hvor sykehuset innehar rollen som arbeidsgiver (ikke innleier), og dermed selv ansetter sykepleiere uten noen form for mellomledd.

Kapittel 6: Det interne oversettelses- og legitimeringsarbeidet starter opp lokalt i sykehuset

6.1 Innledning

Innleiemodellens institusjonalisering – adoptering, oversettelse og legitimering – i case-sykehuset er tema for dette og de to påfølgende kapitlene. Våren 2001 gjorde innleiemodellen sitt inntog i sykehuset, som en ny vikarordning. Flere sykehusansatte var kritiske til sykepleieleie som ordning. Spørsmålet blir dermed hvorfor modellen likevel ble tatt i bruk, hvilke aktører som sto i spissen for dette, og hvordan de første anvendelsene ble begrunnet og forklart. Kapittelet omhandler de to første årene innleiemodellen var i bruk i sykehuset (våren 2001–våren 2003), en periode jeg betegner som *første* del av adopteringsprosessen. Det rettes søkelys på de måter som modellen, i form av innleie av eksterne sykepleiervikarer, ble anvendt og forsøkt legitimert ved tre sykehusavdelinger: Intensivavdelingen, Nevrologen og Ortopedisk klinikk. Fremstillingen baserer seg i hovedsak på intervjuer med avdelings- og sykepleieledere som har vært engasjert i kontekstspesifikke tilpasninger av innleiemodellen ved egen enhet.

I starten av kapittelet beskrives repertoaret av tradisjonelle vikar- og bemanningsordninger i sykehuset, og den frustrasjon og misnøye som innleiemodellen ble møtt med i sykehuset da denne var av ny dato. Sykepleieinnleie representerte på dette tidspunktet noe kvalitativt nytt. Det nye lå i at sykehus kunne leie inn sykepleiere fra vikarbyrå som hadde til hensikt å tjene penger på sin geskjeft. Slik mange sykehusansatte opplevde det, ledere inkludert, sto ideen om kommersiell sykepleieutleie i grell kontrast til normative forestillinger om sykepleiearbeid og sykepleiebemannings. Det ble ansett som lite ønskelig å leie inn byråsykepleiere. Hva skepsisen mer generelt grunnet i – av oppfatninger og forestillinger – og på hvilke måter sykepleieinnleie atskilte seg fra andre vikar- og bemanningsordninger i sykehuset, fremgår av første halvdel av kapittelet. Andre halvdel er viet de første anvendelsene og legitimeringene av sykepleieinnleie ved de tre ovennevnte avdelinger.

6.2 Sykehusets kjente, men likevel til dels skjulte vikarmarked

Før det var leid inn en eneste sykepleier i sykehuset, var det i bruk en rekke andre vikar- og bemanningsordninger. Repertoaret av ordninger varierte noe fra avdeling til avdeling, men et forhold var gjennomgående: Alle avdelinger hadde til enhver tid en eller flere vikarer inne. En av de vanligste vikarformene var *midlertidige ansettelser*, hvor sykepleiere arbeider i vikariater for tidsbegrensede perioder. Midlertidige ansatte erstatter vanligvis fast ansatte sykepleiere som er fraværende av ulike grunner, for eksempel i fødsels-/foreldrepermisjon. Fordi majoriteten av sykepleiere er kvinner, og kvinner tar ut størstedelen av denne type permisjoner, er innslaget av midlertidige ansatte stort i sykehuset.

Vi har jo konstant en hel masse vikarer inne. Vi er en kvinnearbeidsplass. Masse unge kvinner, og de føder barn, heldigvis. Så det betyr at vi stadig vekk har vikariater ledige (S4, Klinikkssjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Sykepleiere arbeider som vikarer også på andre, mindre synlige måter. Ett eksempel er som *ringevikar*, noe enhver avdeling gjør bruk av. Ordningen baserer seg på at en har en liste med navn på aktuelle vikarer/ekstrahjelpere som det kan ringes til ved behov. På listene kan det være oppført personer med svært så forskjellige ansettelsesrelasjoner: Ansatte i fast stilling på hel- og deltid, midlertidige ansatte, og ansatte som er ute i permisjon eller ikke lenger arbeider ved avdelingen. I tillegg brukes det ofte vikarer i forbindelse med ferieavvikling; vikarer som gjerne betegnes som *ferievikarer*, eventuelt *studenter*. Sentrale personalansatte beskrev situasjonen som *et skjult vikarmarked* som var lite oversiktlig:

Vi har jo også et skjult vikarmarked. Det har jo alltid vært vikarinnleie her [...] Og det består av egne ringelister som alle har på avdelingene. [...] Altså; de ringelistene det er jo ikke noe nytt, [men] det er ikke så veldig bra. [...] Vi har en del planer om at vi kanskje burde ta vekk en del av det skjulte vikarmarkedet. Fordi at der får du studenter og alt slags mulige rare folk som kan komme inn her, og vi må ha kvalitetssikring på arbeidstakerne. Jeg tror at de aller fleste har kontroll, altså de *kjenner* dem på avdelingene, og de har jo et inntrykk av dem. Og stort sett så er jo de fleste ordentlige folk, heldigvis. Men vi [...] tror vel kanskje at den sikringen ikke er så veldig god på det skjulte markedet. [...] Jeg savner systematikken på en måte (S11, Ansatt Personal, intervju 27.09.2005).

Som det fremgår av sitatet er det først og fremst bruken av ringelister Personalavdelingen synes er problematisk, siden det ikke gjøres noen "kvalitetssikring på arbeidstakerne" (ibid.). Dette var et problem den personalansatte tok opp i flere intervju:

Og så er det dette med ringevikarene da. Det er jo en spennende sak i seg selv da. Det gjelder sykepleiere og hjelpepleiere som blir ringt til. Der trengs det også en kvalitetssikring. For det er jo det som er ulempen med ringevikarer som man ikke har kvalitetssikret; man vet ikke hvem man får inn.

Det kan være gode folk og det kan være ikke fullt så gode folk. [...] Når de ringer folk de kjenner så er det stort sett greit, men du vet jo aldri hvem du får inn (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006).

Flere sykepleieledere fortalte at det var spesielt hensiktsmessig å ha *deltidsansatte* sykepleiere på ringelisten, noe som har sammenheng med at dette i mange tilfeller er sykepleiere som er villige til å ta ekstravakter og arbeide såkalt *mertid*.⁸¹

[V]i er jo vant til å ha ekstra personale på postene. Vi har personer som vi ringer til, som kanskje jobber deltidstilling, eller jobber på et annet sted. Så vi er jo vant til å ha inne ekstra personale (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

I valg av vikarer legges det ofte stor vekt på å få personer som kjenner utstyret og de pasienter eller pasientgrupper en har inne. Dette er et sentralt argument for å la deltidansatte ta ekstravakter, siden disse nettopp er å regne som *kjente vikarer*. Det samme er tilfelle med tidligere ansatte, enkelte pensjonister og sykepleiere som er i permisjon:

De interne ringelistene består jo gjerne av sykepleiere som er kjent her [...]. Dette er folk som har jobbet på posten tidligere, og kjenner rutiner og personalet. [...] Det har vært sykepleiere som har sluttet av en eller annen grunn. Noen av dem har gått over til å studere, [...] folk som går av med pensjon eller som går tidligere av med pensjon. [Alle disse] står på *sin* post *sin* liste (S8, Ansatt Psykiatrisk, intervju 08.10.2003).

Et annet velkjent argument for å bruke deltidansatte sykepleiere som vikarer, er at mertid har en lavere *pris* enn overtid. Av større viktighet er det imidlertid å få på plass riktig *kompetanse* til enhver tid, hvorpå deltidansatte gjerne oppleves som et *trygt* valg siden dette er ansatte som er kjent med prosedyrer og rutiner. Oversykepleieren ved Nevrokirurgisk avdeling fortalte eksempelvis dette om avdelingens bruk av sin ringeliste:

Vi har en ringeliste: Der står *alle* som jobber her, fordi at vi bruker en del av dem som går i deltid og fyller opp. Det er faste deltid. Vi har veldig *få* av dem. Og så står jo selvfølgelig alle der. Det kan være behov for en kjent sykepleier og da må vi ta våre egne. Og så står studenter der, og så står tidligere studenter der, det står tidligere ansatte der, de som går i videreutdanning står der, medisinstudenter, ja, en del av barna våre som studerer helsefag har stått der [hun ler]. [...] Det er klart at det hadde vært en drøm, å hatt noen som satt på 'alerten' [som] var klar til å stupe inn når det

⁸¹ *Mertid* viser til at deltidansatte arbeider ekstra utover avtalt arbeidstid/egen stillingsprosent. For den ekstra arbeidsinnsatsen opp til full stilling, det som kalles mertid, har ikke deltidansatte krav på overtidsbetaling. Det oppnås først etter at full arbeidstid er oppnådd (ECON 1999:26; Gaupset 2002:161). Selv om deltidarbeid er en ønsket arbeidsform for mange, i hovedsak gifte kvinner (Olsen 2002:x), er det samtidig slik at en ikke ubetydelig gruppe deltidansatte, flere enn før, ønsker å få tildelt en større fast stillingsprosent av deres arbeidsgiver (Ellingsæter 2002:92). Vi kan dermed ikke se bort fra at flere sykepleiere ønsker seg heltidsstillinger, men erfarer at deres arbeidsgiver ønsker å beholde et visst antall deltidstillinger for å være i stand til å få turnuser og budsjett til å gå opp (Hitland 1999:39; Hitland og Ford 2001 ref. i Gaupset 2002:161). I følge NSF og Den norske jordmorforeningen tvinges hver andre nyutdannet sykepleier og jordmor til å arbeide *ufrivillig deltid* (Dagbladet 09.06.2007: *Fra fast på fulltid til vikar på deltid*).

var nødvendig, men det er det jo ikke. [...] Vi driver mye med brannslukking (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

Den brannslukking som det her er snakk om – med referanse til bemanningsarbeid – er spesielt krevende for ledere som ikke har noen, eller bare noen få, deltidsansatte sykepleiere og/eller ikke kan se seg fornøyd med å få tak i for eksempel en hjelpepleier (til forskjell fra en sykepleier) ved fravær av én eller flere sykepleiere. For sykepleielederne som har deltidsansatte sykepleiere, som er villige til/ønsker å arbeide ekstra, kan det å løse ulike fraværssituasjoner og andre bemanningsutfordringer være forholdsvis enkelt. De sykepleielederne jeg intervjuet, ga i overveiende grad uttrykk for at de mislikte å ringe etter ekstrapersonell og beordre ansatte til overtidarbeid. Man var ikke ukjent med at ansatte som (til stadighet) ble ringt etter, med spørsmål om å arbeide ekstra, unnlot å ta telefonen:

[I] perioder har det vært slik at de [våre sykepleiere] gruer seg til å ta telefonen, eller de hører telefonen ringe og så slår de av eller setter på svaren når de vil ha fred. Det har vært tøft i perioder når vi har trengt vikarer, spesielt om somrene [...] (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 10.01.2006).

En avdelingssykepleier ved Nevrologisk avdeling (Nevrologen) fortalte om samme problem. Samtidig var hun tydelig på hvor lite givende hun syntes det var å måtte bruke stor deler av arbeidstiden på å ringe etter folk; for å få dekket inn ledige sykepleiervakter:

For det første så er det så frustrerende, og for det andre så ser jeg det som meningsløs bruk av tid, og for det tredje blir folk sure når du ringer. Og det er jo en annen ting og, at her har alle digitale telefoner, sånn at du ser i displayet hvem som ringer: 'Åh, nå ringer hun,' og den og den svarer vi ikke på. Det er det jo flere som sier her: Det at hvis de får telefon fra jobben, så svarer de ikke (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

En sykepleier ved samme avdeling kommenterte at det å ringe etter ekstrapersonell ikke burde være avdelingssykepleierens oppgave: "Det skulle ikke vært noen sykepleieroppgave i det hele tatt; det å skaffe folk til jobben" (S6, Sykepleier Nevrologisk, intervju 15.05.2003). Som flere andre, var sykepleieren kritisk til sykehusets såkalte *ringe-/ekstravaktsentraler*, som i sin tid var blitt opprettet for å lette avdelingenes arbeid med å skaffe ekstrapersonell:

Det er jo en sentral på [sykehuset] – ringesentralene – men jeg synes at det veldig ofte er å ringe og be om ekstravakt, og så får du ikke det. De klarer ikke å skaffe den vakten (ibid.).

Ringe-/ekstravaktsentralene har i oppgave å hjelpe et utvalg somatiske avdelinger i sykehuset med å skaffe vikarer. I 2003 fantes det fire slike sentraler, med totalt 3 ½ årsverk (S3, Prosjektleder Det interne vikarsenteret, intervju 25.03.2003). De sykepleielederne som jeg

intervjuet dette året var tydelig skuffet over ordningen, fordi den kun i liten grad skaffet sykepleiere.

Vi har jo en ringesentral på dette huset, men de har stort sett ikke sykepleiere i det hele tatt. [...] Hvis det er krise, og vi kan klare oss med en eller annen ufaglært, så gjør vi det. [Men] pasientene merker veldig fort hvis det er folk som er ukvalifiserte, som plutselig kommer på avdelingen her. Det har vi fått *utallige* klager på. Når vi har brukt ringesentralen for eksempel, så er pasientene her veldig kjappe med å gi tilbakemelding på at 'han som var her i går, han må du bare ikke *prøve* å sende inn igjen til meg. Han kunne ingenting og han var en tosk', ja (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

Vi bruker jo mye den ringesentralen som ble opprettet når du hadde Hode-hals-blokk. Da opprettet vi en ringesentral som skulle sørge for å skaffe folk som kunne komme på jobb, så vi slapp å sitte og ringe selv. [Men] sykepleiere finnes ikke, nei. Og det er litt tilfeldig hvem de [i ringesentralen] har. Jeg har ikke inntrykk av at de har en fast liste en gang. Jeg tror det må være *veldig* få som står der, så jeg synes ikke det fungerer så veldig godt. Og vi sitter jo og ringer parallelt med dem også ... For vi stoler ikke på at de klarer å skaffe. [...] For de kan godt ringe rett før de går fra jobb og si at de fikk ikke tak i noen (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

Det var også enkelte personalansatte som kritiserte ringe-/ekstravaktsentralene, og det de mente var en for dårlig kvalitetssikringen av vikarene. En mellomleder i Personalavdelingen påpekte at det var "lite oversikt over hvem som egentlig valser rundt i systemet av de eksterne vikarene" (S9, intervju 26.04.2005). Mellomlederen var også kritisk til sentralenes bruk av avdelingenes ringelister, en praksis som medførte at de samme personene fikk flere oppringninger om en og samme forespørsel:

[S]om avdelingssykepleier har du veldig oversikt over hvilke av [de ansatte] i deltid [som] egentlig kan ringe[s] til. Har enheten la oss si 35 personer, så er det kanskje seks, syv av disse som kan ringes til, uten å bruke overtid. Så det er ikke så mange telefoner. Etterpå kan man ringe videre til ekstravaktsentralene. De sitter gjerne med de samme listene og ringer nok en gang til de som avdelingen har ringt til, før de begynner å ringe rundt til andre. Det er flere ringesentraler og dermed kan samme person bli ringt til flere ganger samme dag. Så viser det seg at ingen har oversikt over hvem som i det hele tatt kan jobbe. [...] Det som vi ønsker å få vekk det er den tidsbruken som går med på at de [sykepleielederne på avdelingene] ringer til ekstravaktsentralen, som så ringer for eksempel til Ole Olsen eller til Kari Nordmann, samtidig som andre avdelinger ringer direkte til nøyaktig de samme to. Det er utrolig lite effektivt (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

Ved Psykiatrisk divisjon hadde ikke sykepleielederne tilbud om å benytte ringe-/ekstravaktsentralene. Ulike former for ekstrapersonell ble likevel benyttet, bl.a. i form av ringevikarer og ekstravakter.⁸² Også *ufaglærte* vikarer ble benyttet, noe flere informanter kommenterte i negative ordelag:

⁸² Betegnelsen *ekstravakt* brukes gjerne om personer som jobber "på topp av den gitte grunnbemanningen" (S20, Ansatt Psykiatri, intervju 16.03.2006).

Psykiatri[en] [kjennetegnes av] masse ufaglærte som skal ta seg av pasienten, som skulle vært for kvalifisert personell. [...] Hva slags holdninger møter de pasienten med når de ikke har noen faglig bakgrunn? [...] Hvis vi hadde brukt masse ufaglært personell her, så var det nesten som å si at det er ikke så nøye med disse sykepleierne som jobber her, og det er ikke så nøye om de kan noe om disse pasientene. Vi kan ta inn Ola og Kari fra gaten og gjøre akkurat samme jobben. Hva med yrket vårt og utdannelsen vår da? Det er jo ingen vits i å ha dette i det hele tatt da. Da kunne vi jo være 50 prosent ansatt på bagasjelemping på Flesland [flyplass] og 50 prosent her, ikke sant? Da kunne vi for eksempel lempe bagasje på hel tid! (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

Blant de psykiatriansatte som jeg intervjuet, var det *en* som gjorde forsøk på å forklare rutinen med bruk av ufaglærte i pasientarbeidet. Sentralt sto forestillingen om at psykiatriske pasienter først og fremst skal passes på, noe man ikke trenger å være sykepleier for å gjøre. Det å sitte vakt på suicidale pasienter, gjøres for eksempel ofte av mer eller mindre ufaglærte assistenter/studenten. Sykepleiere brukes konsekvent ikke på denne typen oppgaver, fordi det i forhold til dette ikke anses som nødvendig med noen form for sykepleiekompetanse.

Tradisjonelt sett har miljøpersonalet, det vil si de som ikke er lege eller psykolog, i psykiatrien, blitt brukt til å passe *på*. Altså, det har vært en vaktposisjon. Man har ikke tenkt at de hadde en behandlerfunksjon. De må passe *på*. [...] Psykiatrien går i en sånn prosess historisk sett fra å ha pasienter i asylliknende institusjoner, der de på en måte ble passet på. Det var liksom ikke et fag rundt dette. Men i dag har man et fag knyttet opp omkring denne behandlingen, også omkring pleien. [...] Jeg tenker at vi innenfor psykiatrien har en lang vei å gå i forhold til å bevisstgjøre oss *selv*, og de som skal donere penger til oss, på at vi trenger fagfolk selv om det er vakthold det er snakk om. Fordi det er blitt tradisjon for at det gjerne er den innleide ekstravakten som blir sittende A-vakt på den aller, aller sykeste pasienten. Istedenfor at vi får anledning til å sette en sykepleier på den som er den aller sykeste – sånn at både tilnærmingen og observasjonene som gjøres er av en som har kompetanse til å vite hva han ser, hører og sier. Istedenfor at det blir en som egentlig ikke har peiling (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Det virker å være av stor betydning å få konkretisert hva det daglige arbeidet med psykiatriske pasienter går ut på, hva det er en faktisk gjør på en psykiatrisk sykehusenhet, og å spesifisere hva en sykepleier kan gjøre av oppgaver som en ufaglært ikke kan. Det er med andre ord viktig å få kartlagt hvilke kvalifikasjoner som er nødvendige for å kunne gjøre en god jobb overfor den bestemte pasientgruppen:

Litt av utfordringen i psykiatrien er det at i den *daglige* hverdag, altså i den praktiske hverdagen, så er det ikke nødvendigvis så godt å få øye på hva som egentlig er forskjellen i det de gjør på. De sitter i stuen, de snakker med pasientene, de skriver en rapport, de snakker en rapport. Sykepleieren deler ut noen medisiner, det gjør ikke hjelpepleieren. Men hva er egentlig forskjellen? Og en *assistent*; kan ikke den også egentlig gjøre alt det der? [...] ‘Kan ikke hvem som helst gjøre den jobben? Kreves det egentlig noe for å holde på med de der tingene der?’ [...] Altså, hva kreves det egentlig av utdanning for å gjøre den jobben der? Men hvis du går over i somatikken, så er det definert i *lovverket* at det må være så og så mange sykepleiere, du må ha en sykepleier til å dele ut disse medisinene, til å sjekke disse dryppene, til å sjekke disse sårene, ikke sant? Og så har du noen hjelpepleiere likevel, men de leier jo aldri inn *ufaglærte*. Det gjør man i psykiatrien. [...] Ringer inn ufaglærte. [...] Hvis jeg leier inn ufaglærte ringevikarer, hva vil de gjøre? Ingen kontinuitetsarbeid,

ingen oppfølgingsarbeid. De kan følge på tur, følge til måltid, sitte på stuen, [og] være ‘containere’ hvis en pasient har behov for å småprate. Men det er jo begrenset hvor mye *sånt* det er behov for (ibid.).

Sammenliknet med somatikken er det i psykiatrien påfallende bruk av ufaglært arbeidskraft på pleiesiden. Først og fremst er det viderekomne helsefagstudenter som jobber på denne måten, men også personer uten helsefaglig skoleing (S8, Ansatt Psykiatrisk, intervju 08.10.2003).

6.3 Frykten for det ukjente

Kort tid etter at sykepleieleie var muliggjort som ordning her i landet, var det flere medieoppslag som hadde sykepleieres motstand mot ordningen som tema. Mange kritiserte, som nevnt, sykepleiere som tok seg jobb i vikarbyrå. Såkalte vikar- eller byråsykepleiere ble bl.a. kritisert for å være mindre lojale til faget og arbeidskollektivet sammenliknet med “vanlige” sykepleiere. I sykehuset skal flere sykepleiere ha vært skeptiske til å arbeide sammen med bedre betalte vikarer:

Det har alltid vært litt motstand ute blant en del sykepleiere som opplevde at det kom kanskje noen [sykepleiere] inn som kanskje tjente bedre. Også blant ledere, som var kritiske til å ta inn det de mente kanskje var dårligere kompetanse (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Etter å ha fått erfaring med hvordan sykepleieinnleie faktisk fungerer, forandret flere mening. Tidligere skepsis ble erstattet av en mer pragmatisk eller positiv holdning til sykepleieinnleie og sykepleiervikarer. En avdelingssykepleier ved Nevrologen sa det slik:

Diskusjonen gikk jo veldig mye på at det er det offentlige som skal ta seg av helsetjenester, og at dette blir en privatisering som vi i det offentlige ikke liker. At det er en høyrevridning, og alt dette her. Pluss at det ville bli så dyrt, og det ville sikkert ikke kunne fungere engang. Og jeg var endelig med i det hylekoret. Det var jeg.

Intervjuer: Du var først skeptisk?

Ja, det var jeg.

Intervjuer: Hva var det du fryktet da?

Ja, det er det ikke så lett å huske nå lenger, når jeg er så positiv [hun ler]. [...]. Det var vel først og fremst dette med kvaliteten på tjenestene kanskje. At du ser liksom for deg at de som begynner i sånne private byråer det er sånne overfladiske mennesker som bare er ute etter å få profitt på helsevesenets elendighet, ja. Men vi har jo opplevd det på en helt annen måte (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

En sykepleier fortalte samsvarende at hun og de andre sykepleierne på enheten hadde vært negative til byråvikarene, men at erfaring med ordningen hadde gjort dem positive:

Jeg tror kanskje før en begynte å bruke vikarer så var [det] kanskje [...] en mer negativ holdning. Det at de [vikarene] bare kom innom. De ville ikke ha den samme ansvarsfølelsen for pasientene, for rutinene, for avdelingen. Men jeg tror nok – i alle fall har jeg erfart det – og sånn som de andre [her] snakker også, så er den oppfatningen en myte som vi hadde. [...] [Nå] synes jeg det er veldig positivt. Det at det kommer nye folk med andre erfaringer, men og det at en ikke har det presset på seg at folk som jobber her ikke blir beordret til å jobbe overtid. Vi slipper å gå og føle på at ‘nå er det for lite folk på jobb’ (S6, Sykepleier Nevrologisk, intervju 15.05.2003).

6.3.1 “Blir det bare bry med dem, fordi de ikke kan nok?”

På forhånd var flere sykepleiere bekymret for at den nye vikarordningen ville gi dem mer arbeid, siden vikarene “bare kom innom” på en eller annen vakt og kanskje ikke var kompetente nok til å gjøre så mange arbeidsoppgaver. Det ble antatt at vikarene ville trenge mye opplæring, og at det ville være de faste sykepleierne som måtte ta ansvar for dette:

Holdningen sånn generelt, før de [vikarene] har kommet, det har vært litt sånn mistro, usikkerhet. Litt sånn ‘kan de være like god som oss?’ Litt flåsete sagt av meg, men altså en viss sånn skepsis i hvert fall. [...] Det er klart det at de [sykepleierne på avdelingen] vet [at] vi trenger avlastning. Vi trenger flere folk. Men hvilke folk er det vi får? Hvilken avlastning er det vi får? Blir det bare bry med dem, fordi de ikke kan nok? (S4, Klinikkssjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Også det faktum at vikarene gjerne tjente mer enn sykehusets sykepleiere skapte, som påpekt, irritasjon flere steder:

Så har det vært noen forestillinger om hva de tjener disse vikarene. Det er ikke alltid helt riktig heller, men det har jo vært en lønnsforskjell. De har jo tjent noe bedre disse vikarene, dvs. jeg *antar* at de har tjent noe bedre, for jeg vet jo faktisk ikke hva disse vikarene tjener (ibid.).

I diskusjoner om sykepleieleie har ofte lønnsdifferansen mellom innleide og ordinære sykepleiere stått sentralt. En oversykepleier som arbeidet ved en av sykehusavdelingene som var tidlig med å ta innleiemodellen i bruk, forklarte det slik:

Det var en del diskusjoner [...] Ja, altså det meste går på at sykepleierne – forøvrig i avdelingen da – føler at det er urettferdig at det er de som på en måte har det tyngste ansvaret ute på vakt og sånn med pasientene. Det er alltid de som er de kjente. Og så skal de da ha med seg sykepleiere [vikarer] som de for det første kanskje føler at de må vise til rette, og kanskje de synes de må lære de litt opp, og så opplever de at de tjener atskillig bedre. Og det oppleves som urettferdig (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

6.3.2 “Det er det offentlige som skal ta seg av helsetjenester”

En generell skepsis til privatisering av det offentlige ble også løftet frem som et motargument mot sykepleieleie. Det var særlig sykepleieledere med lang yrkeserfaring i helsevesenet som ga uttrykk for slik skepsis. En av disse var den intervjuete avdelingssykepleieren ved Nevrologen, som kommenterte at deler av diskusjonen rundt sykepleieleie hadde dreid seg om viktigheten av “at det er det offentlige som skal ta seg av helsetjenester” og at ordningen ble ansett for å være “en privatisering som vi i det offentlige ikke liker”. Den lovliberalisering som muliggjorde sykepleieleie, ble omtalt som en uønsket “høyrevridning” (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

Oversykepleieren ved Nevrokirurgisk avdeling fortalte likeledes at hun helst hadde sett at sykehuset klarte seg uten “innblanding” fra vikarbyråer, som har til hensikt “å tjene penger på nøden i helsevesenet” (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003). Hun var ikke bare misfornøyd med vikarbyråenes profitt-tankegang og at det er sykepleierarbeidskraft vikarbyråene tjener penger på, men over helsevesenets manglende evne til selv å sørge for en tilfredsstillende sykepleiebemanning. Oversykepleieren etterlyste en innsats for å gjøre det mer positivt å arbeide som sykepleier i sykehus. I den sammenheng står spørsmålet om bedre lønn sentralt, men også det å ha et godt arbeidsmiljø, trygge ansettelsesforhold og gode permisjons- og pensjonsordninger er viktig.

Jeg synes det er blitt et nederlag for en universitetsklinikk; å ikke å klare å rekruttere og beholde og ha folkene sine. Jeg tror det er mer der mine prinsipper går altså ... Det burde egentlig være så greit å jobbe her og vi burde tiltrekke oss de [sykepleierne vi trenger/ønsker]. [...] Så hva skal jeg si om synet på det [privat sykepleieutleie]? Det dekker jo et behov! Og det behovet dekker de fordi at de har tatt [sykepleiere] og gitt [dem til] andre. Vi kan ikke si stjålet dem [sykepleierne] fra oss. De har gitt et bedre tilbud [til sykepleiere] enn det vi kan gi, for vi står jo ikke fritt sånn som de gjør. [...] [Vi] konkurrerer om folk og betingelser ... Men det er jo det at vi kan tilby gode kolleger, et stabilt miljø (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

Etter oversykepleierens mening, var NSF dels ansvarlig for at sykepleieryrket og det å være offentlig ansatt sykepleier fremstår som lite attraktivt. Oversykepleieren viste bl.a. til at NSF, som ledd i lønnkampen, hadde valgt å fokusere på de negative sidene ved yrket.

[NSF] svartmaler yrket [...]. Det er det at de [NSF] hele tiden beskriver et elendig helsevesen og at det er så fælt å jobbe her. Er det rart vi ikke [rekrutterer]. Jeg synes det er rart at vi rekrutterer i det hele tatt. Jeg tror ikke det er takket være NSF. [...]. Jeg må jo si at det er et av de flotteste yrkene du kan ha. Det å jobbe med mennesker, og ha kunnskap og være etterspurt. Folk er glad når de ser deg (ibid.).

6.3.3 “Vi fryktet jo at sykepleierne skulle slutte hos oss og gå rett over i vikarbyråer”

Etter at det ble mulig for sykepleiere å la et vikarbyrå leie ut deres arbeidskraft, valgte enkelte sykepleiere i sykehuset å slutte for å begynne som byråvikar. Mange sykepleieledere jeg snakket med fortalte at de hadde opplevd dette. I de fleste tilfeller var det imidlertid færre sykepleiere som sluttet, enn det de hadde forventet på forhånd. Oversykepleieren ved Intensivavdelingen uttrykte det slik:

Det som også var en liten redsel i begynnelsen var jo det at når det ble tillatt med byrå, så ville kanskje de erfarne spesialsykepleierne slutte hos oss og begynne i byrå, og [så] leie seg ut igjen for en annen lønn. [...] [S]å da kom jo dette med karantenetid opp, som er en viktig del for [vårt] sykehus i hvert fall. [...] Vi har hatt sykepleiere, ja, som har sluttet og gått til byrå og som vi har hatt tilbake etter at det har gått ett år. Men de aller fleste vikarene har vi hatt fra et dansk byrå, og vi har ikke rekruttert til de danske byråene (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

Også ved Nevrologen var det enkelte sykepleiere som sluttet for å bli byråvikar, men heller ikke her var det så mange som en hadde sett for seg i utgangspunktet:

Vi hadde for ett års tid siden noen sykepleiere som sluttet, ikke mange. Vi trodde at det skulle bli flere. Det var i forbindelse med lønnsoppgjøret ... før streiken, var det vel. [...] I begynnelsen av 2002. Da var det en del fokus på private [utleie-]firmaer, og vi hadde et par dyktige sykepleiere som sluttet og begynte der (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

Sjefen for Ortopedisk klinikk omtalte *sykepleieflukten* på denne måten:

Det vi fryktet var jo at sykepleierne her, eller helsepersonell generelt da, skulle slutte hos oss og gå rett over i vikarbyråer, og at vi skulle få en mye større gjennomtrekk osv. Det er vel riktig å si at den [sykepleieflukten] ikke har skjedd. Om det er fordi sykehuset agerte så fornuftig og godt, eller om det er fordi det viste seg at dette var en sånn boble som sprakk, det skal være vanskelig å si (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Bruk av utvidet *karantenetid* var et tiltak sykehuset satte tidlig i gang med, for å gjøre det mindre lukrativt for sykepleiere å begynne i vikarbyrå. Ordningen praktiseres slik at sykepleiere som gjør et slikt karriereskifte, må vente i minst ett år før de kan leies ut til sykehuset som vikar, eller igjen ta seg jobb ved sykehuset.

6.4 Lokal adoptering av ekstern innleie ut fra *desperasjon* og faglig nytte

Den første bruken av ekstern innleie i sykehuset, kom i gang på initiativ fra avdelings- og sykepleieledere lokalt i organisasjonen. Lederne var nysgjerrige på om vikarordningen kunne være en løsning på et eller flere problemer som deres avdeling slet med. Lederne handlet

således ut fra egne interesser. De hadde ressurser til å orientere seg i utleiemarkedet, og til å gå i dialog og forhandle med vikarbyrå for å skaffe den sykepleiekompetansen som de ønsket. Situasjonen samsvarer med det Røvik beskriver som adoptering motivert ut fra ekte *organisasjonsinterne problemer*, en forklaring som hviler på en *rasjonell* innfallsvinkel. Argumentet er at organisasjoner adopterer oppskrifter fra omgivelsene som følge av at det har oppstått et problem internt i organisasjonen. For dem som skal begrunne og forklare at en oppskrift er bestemt innført, har en slik rasjonell forklaring et sterkt *legitimerende* potensial (Røvik 1998:119–120). Helt avgjørende er forestillingen om at adopteringen av oppskriften er en respons på ektefølte problemer, og derfor å anse som nødvendig eller naturlig (ibid.; Nilsen 2007:178).

6.4.1 Desperat adoptering: Ekstern innleie tas i bruk som en *faglig* akseptert nødløsning

Adopteringen av innleiemodellen ved *Intensivavdelingen* bar preg av en viss desperasjon, all den tid det ble bestemt å leie inn sykepleiere som en *siste utvei* på avdelingens rekrutterings- og bemanningsproblem. På forhånd, før beslutningen om adoptering ble tatt, var det prøvd en rekke andre tiltak som skulle avhjelpe problemet. Bl.a. var enkelte av avdelingens sykepleiere blitt sendt til Australia for å videreutdanne seg til intensivsykepleiere, samtlige sykepleiere hadde fått mulighet til å arbeide 20 prosent mindre for en periode, med full lønn, “mot at de studerte og skolerte seg videre til et eller annet som var relevant for” avdelingen, og turnusplaner var blitt endret. Disse tiltakene hadde imidlertid ikke ført til at situasjonen var blitt særlig forbedret. På beslutningstidspunktet sto mellom 30 og 40 av avdelingens 120 sykepleierstillinger ledige (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).⁸³ Den vanskelige bemanningssituasjonen bidro til at lokale ledere vurderte det som formålstjenlig å teste ut den nye vikarordningen:

Vi gjorde en hel masse ting for å øke bemanningen, men vi så jo det at vi *måtte* ut og leie sykepleiere for i det hele tatt å ha forsvarlig drift (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Det er nærmest noe tvangsmessig over Intensivavdelingens første bruk av ekstern innleie, all den tid ordningen ble tatt bruk til tross for at en syntes at en helst *burde* latt være. Normativt sett samsvarte ikke ordningen med hvordan en så for seg at sykepleiebemanningen burde

⁸³ Da det ble bestemt at Intensivavdelingen skulle begynne med ekstern innleie, var denne informanten (klinikksjefen ved Ortopedisk klinikk) nestleder ved Kirurgisk divisjon som Intensivavdelingen var del av. På intervjutidspunktet i mai 2003 hadde vedkommende nylig tiltrådt stillingen som klinikksjef for Ortopedisk.

organiseres. På grunn av de store bemanningsproblemene ble ordningen likevel tatt i bruk, med den begrunnelse at ledelsen ikke så noen annen utvei. Således sto innleiemodellen frem som et *nødvendig onde*, hvor tanken var at det skulle leies inn sykepleiere i påvente av at en fikk på plass det nødvendige antall (intensiv-)sykepleiere i ordinære stillinger ved avdelingen. Vikarordningen skulle med andre ord kun brukes *inntil* sykepleierekrutteringen bedret seg og sykepleiebemanningen (igjen) kunne håndteres med bruk av vanlige vikar- og bemanningsordninger. Tenkt som en *midlertidig* løsning, for å sikre nødvendig kompetanse i en krisesituasjon, oppnådde ledelsen en viss aksept og forståelse for bruken av sykepleieinnleie blant de ansatte. Logikken var at ordningen kunne være *nyttig* i den foreliggende situasjonen. Uttrykket om at *målet helliger middelet* passer i så måte for Intensivavdelingens første bruk av sykepleieinnleie.

Majoriteten av de sykepleierne som ble leid inn ved Intensivavdelingen, kom fra et lite dansk vikarbyrå i Danmark. Ordningen hadde en forholdsvis høy pris. Hva ordningen kostet i kroner og øre, var imidlertid av klart underordnet betydning. Det viktige var at vikarene, fortrinnsvis intensivsykepleiere, gjorde en god jobb. Den faglige kvalitet på ordningen bidro til at denne kunne kobles til *det sykepleie-/medisinskfaglige rasjonalet*, noe som i sin tur produserte legitimitet om både ordningen og bruken av denne.

De sykepleierne vi er interessert i å betale godt for, vi betaler jo godt for disse her, det er jo sykepleiere som kan gå rett inn i en jobb og gjøre den fra første stund. Vi vil ikke leie inn nybegynnere. Det har vi vært veldig klar på. Vi ønsker å ha avlastning. Og det er ikke så mange sykepleiere som har den riktige kompetansen innenfor disse spissfunksjonene som vi har vært ute etter; intensivsykepleiere. Vi har den eneste intensivavdelingen i [denne byen], så de som har intensiverfaring som er fersk de er ansatt hos oss. Sånn at det er ikke noe lokalt marked for å si det sånn. Markedet ligger faktisk i andre byer der sykepleiere har stilling et eller annet sted, og ønsker å bruke en ferie eller avspaseringsstid på å jobbe for oss. Derfor er det vi har fått disse danske [vikarene], for de er jo gjerne ansatt på danske sykehus. Noen av dem er faktisk frilansere helt og holdent så de jobber bare på den måten (S4, Klinikkjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Som påpekt ble det først og fremst leid inn intensivsykepleiere, noe som skyldtes at avdelingen var i mangel på denne typen sykepleiekompetanse:

Alt overveiende innenfor spesialsykepleiere, spesielt innenfor Intensiv, som vi har fått her på huset er først og fremst fra PowerCare [det danske vikarbyrået]. Og det er fordi at de har vist seg at de kan levere. For det første så har de folkene som er kommet fra PowerCare, så vidt jeg kan bedømme og har fått tilbakemeldinger på, vært flinke folk som kan gå rett inn i produksjonen og virkelig avlaste oss. Og så har vi hatt en veldig god dialog med ledelsen i firmaet der, som sier at 'hvis ikke vi er fornøyd med deres folk så skal vi gi beskjed'. De er veldig sånn direkte på det. Veldig kvalitetsbevisste. Det betyr at de har nok fått de aller beste [sykepleiervikarene] (ibid.).

At ordningen fungerte så bra, overrasket flere. Noe av det mest overraskende var at vikarene var så dyktige i jobben at de trengte minimalt med opplæring. En annen positiv oppdagelse, var at flere av vikarene tok gjentatte oppdrag ved avdelingen, og at hvert oppdrag gjerne hadde forholdsvis lang varighet (om lag to–tre uker). *Oppdagelsene* ga de ansatte mulighet til å omdefinere situasjonen og sitt syn på sykepleieinnleie. Den i utgangspunktet så negative holdningen til ordningen, ble erstattet av en gjennomgående positiv holdning til hvordan denne fungerte i praksis:

Vi var jo veldig spesifikke i våre bestillinger, når det gjelder vikarer, og har prøvd å styre det hele veien, sånn at vi ikke til stadighet skal få inn nye [vikarer]. For det blir det veldig mye uro av. Så vi har lagt inn det i bestillingene våre; at vi vil at de [vikarene] skal være her over tid, så lenge det i hvert fall er ledige stillinger som de dekker, og så at de samme [vikarene] skal komme igjen. [...] Min opplevelse er at sykepleierne er fornøyd med at det er de samme [vikarene] som kommer igjen. De er her over tid, de blir kjent. Mange av dem blir faktisk en del av arbeidsmiljøet, for de vikarene jobber ikke andre steder enn her (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

Som følge av at innleiemodellen – i form av ekstern innleie – ble tatt i bruk på avdelingen, fikk avdelingens sykepleiere *avlastning* i form av redusert overtid- og nattarbeid. Dette ble positivt mottatt av sykepleierne, som over et lengre tidsrom hadde påtatt seg mye ekstraarbeid. Ledelsen brukte bevisst de innleide sykepleierne på de tyngste vaktene, spesielt på natt, og på måter som forhindret overtidbruk blant egne sykepleiere. Strategien var en viktig årsak til at sykepleierne etter hvert stilte seg positive til vikarbruken.

Det vi har gjort, som kanskje har vært med på å gjøre det såpass, eh, positivt å ha vikarer, det er at vi er en avdeling som er avhengig av at personalet jobber nesten vel så mye ubekvent som dagtid. Det betyr at det er mye nattarbeid, og for veldig mange så er det tungt med nattarbeid, en greier ikke å snu tilbake til vanlig døgnrytme etterpå. Så vi har i *stor* grad brukt vikarene til nattarbeid. Og på den måten har vi kunnet spart de som har stridd med nettene, og noen av seniorene våre har kunnet sluppet nattevakt på grunn av det. Sånn at en prøver å få ut sånne effekter av det og (ibid.).

Det kan se ut som at erfaringer med innleiemodellen skapte grunnlag for en ny felles forståelse av situasjonen, som bidro til at innleiemodellens *mulighetsrom* ble utvidet. Ved flere sykehusavdelinger begynte de ansatte å betrakte innleiemodellen som en *mulig* vikarordning også i mer hverdagslige (bemannings-)situasjoner. Innleiemodellen ble dermed vurdert som noe mer enn bare en krise- eller nødløsning. Samtidig var det enkelte som opprettholdt en viss skepsis til sykepleieinnleie, og mente at dette helst *burde* unngås:

Altså, hvis en er idealistisk så skulle en jo kanskje slippe å bruke byråer, men jeg tenker altså at det er jo ikke realistisk heller å ha en grunnbemanning som tar alle mulige topper og uforutsett stort sykefravær og sånne ting. Så jeg tenker meg at det å ha den muligheten til å hente inn folk i sånne situasjoner [det] er en ok måte å bruke vikarbyrå på. Men altså vanlig drift gjennom uker og

gjennom helger synes jeg at grunnbemanningen må dekke (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

Denne uttalelsen handler om hvordan en *bør* forholde seg til sykepleieinnleie fra private vikarbyrå, til forskjell fra å fremstille hvordan ting faktisk *er* eller *kan* være. Oversykepleieren synes å være overbevist om at dagens grunnbemanning ikke kan ta høyde for alle arbeidstopper og håndtere alle typer “uforutsett stort sykefravær”. Derfor er det, etter oversykepleierens mening, helt i orden “å hente inn folk i sånne situasjoner”; altså å leie inn sykepleiere fra vikarbyrå (ibid.). Innleiemodellen fremstår følgelig som et nyttig *supplement* til andre vikar- og bemanningsordninger.

6.4.2 Etterspurt adoptering: Ekstern innleie tas i bruk som et nyttig verktøy

Ved *Nevrologisk avdeling* ble innleiemodellen tatt i bruk høsten 2002, altså om lag halvannet år etter at Intensivavdelingen begynte med samme ordning. Det er især *en* nevrologisk sengepost som har leid inn sykepleiere, og da fortrinnsvis sykepleiere uten spesialutdanning fra Det tradisjonelle vikarbyrået. Dette er et byrå med lokalkontor i samme by som sykehuset holder til. På intervjudtidspunktet i 2003 hadde avdelingen om lag 120 sykepleiere og hjelpepleiere i arbeid, i nærmere 90 stillinger. Ved to av avdelingens sengeposter, henholdsvis akutt og generell nevrologi, har de fleste pasientene en nevrologisk “øyeblikkelig hjelp diagnose”. De andre pasientene er planlagte innleggelser som kan omfatte utredning, behandling og/eller trening. Ved en tredje sengepost er det utelukkende ryggmargsskadede pasienter, som enten er nyskadede eller som trenger trening. Utover dette har avdelingen en dagpost, poliklinikk, seksjon for klinisk nevrofysiologi og MS-register. På alle døgnpostene arbeider det sykepleiere, hvorav enkelte har spesialutdanning innen psykiatri, intensiv og rehabilitering (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

I den perioden som omfattes av studien er det sengeposten for ryggmargsskadede som har leid inn flest sykepleiere. Før ordningen ble tatt i bruk, var det her flere diskusjoner om sykepleieinnleie blant de ansatte. Som ved Intensivavdelingen, var diskusjonene preget av skepsis. Ordningen ble sett på som “en privatisering som vi i det offentlige ikke liker” og antatt for å være for dyr i bruk. Sykepleiere i vikarbyrå ble hevdet å være for dårlig kvalifisert til å kunne fungere tilfredsstillende i jobben (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003), og mangle nødvendig ansvarsfølelse for pasientene (S6, Sykepleier Nevrologisk, intervju 15.05.2003).

Ifølge avdelingens oversykepleier var det sykehusets anbudsbaserte avtale om sykepleieinnleie med to vikarbyrå som hadde muliggjort sykepleieinnleie i *hele* organisasjonen:

Det er jo nokså nytt at vi har startet opp med å leie inn vikarer. Det var senhøstes 2002. For det første så hadde vi for ett års tid siden noen sykepleiere som sluttet, ikke mange, vi trodde at det skulle bli flere, det var i forbindelse med lønnsoppgjøret. [...] Det var vel rundt juletider/nyttår 2001–2002, [eller] i begynnelsen av 2002. Så da var det en del fokus på private firmaer og vi hadde et par dyktige sykepleiere som sluttet og begynte der. I den forbindelse så satte jeg meg litt mer inn i det og økte mitt eget fokus på det, og hva det står for. På det tidspunktet var det for så vidt ikke aktuelt for oss, å benytte oss av private firmaer, fordi det ikke var blitt gitt anledning til det her på sykehuset da (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

En viktig grunn for at en ved avdelingen bestemte seg for å begynne med ekstern innleie, var en utbredt *misnøye med eksisterende vikar- og bemanningsordninger*, og spesielt muligheten til å skaffe ekstra sykepleiere ved behov. Sykehusets ringe-/ekstravaktsentraler fungerte for eksempel dårlig til dette formålet. Et annet forhold av betydning, var en generell oppgitthet over det som ble karakterisert som en for *knapp grunnbemanning*. Ved den av de nevrologiske sengepostene som brukte ekstern innleie i størst grad, fortalte avdelingssykepleieren at grunnbemanningen var så knapp at det skulle lite til før det ble bemanningsproblemer. På grunn av dette leide avdelingssykepleieren inn sykepleiere:

Det [sykepleieinnleie] erstatter jo først og fremst de fem stillingene som vi aldri har fått. Som vi tross alt ba om for fire–fem år siden ... Grunnbemanningen vår er helt minimum ... Det skal veldig lite til der før vi er sårbare (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

Et ytterligere moment av betydning for den bestemte vikarbruken, var sengepostens høye andel av sykepleiere – noe som hadde sammenheng med de pasienter en hadde:

Det som kanskje er litt spesielt hos oss det er at alle stillingene våre er sykepleierstillinger i utgangspunktet. Vi har to deltidsstillinger for hjelpepleiere, men ellers så er det sykepleierstillinger. Og vår pasientgruppe er en gruppe med veldig sammensatte problemstillinger. [...] Pasientgruppen vår er såpass spesiell, og stiller så høye krav, at det på en måte er akseptert at vi får bruke sykepleiere. Det var derfor det ble opprettet bare sykepleierstillinger den gangen. [...] Det å få en sånn pasient, og være kontaktsykepleier overfor en sånn pasient gjerne i nesten ett år (så lenge kan de faktisk ligge her), det krever at man kan jobbe selvstendig og målrettet. [...] Derfor; hvis jeg mangler noen, så har jeg for så vidt ingen andre å ringe til *enn* Det tradisjonelle vikarbyrået. For vi har jo en ringesentral på dette huset, men de har stort sett ikke sykepleiere i det hele tatt (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

Etter å ha brukt ekstern innleie i om lag et halvt år, var avdelingssykepleieren full av lovord over hvor godt ordningen fungerte. Avdelingssykepleieren fortalte at bruken av innleid sykepleiepersonell hadde resultert i mindre overtidsbruk og følgelig mindre belastning på egne sykepleiere, og at hun selv brukte atskillig mindre tid på å skaffe vikarer. Tidligere

hadde det vært vanlig at hun brukte store deler av arbeidsdagen sin på å ringe etter folk. Ved å bruke ekstern innleie, var arbeidsdagen blitt merkbart bedre:

Tidligere var det et puslespill: Å snu på vaktplaner, å flytte på folk fra tidlig vakt til sen vakt og nattevakter, og hele tiden så var det veldig mye jobb med akkurat det. Og det er sånn *meningsløs* bruk av min tid også, synes jeg. Så det at vi har kunnet bruke vikarbyrå har rett og slett nærmest vært en velsignelse altså. Det har det. [...] Kjempebra (ibid.).

Endringen var ikke bare merkbar for avdelingssykepleieren, men også for sykepleierne “på gulvet”, noe en av dem beskrev slik:

Du kan jo selvfølgelig ringe rundt til folk som jobber i redusert stilling, til folk som er innom hver tredje helg, og ringe og ringe til dem. Men da bruker du kanskje store deler av arbeidsdagen til å ringe etter vikarer. Ringer man til dette vikarbyrået og bestiller fire vakter, ja, så er det *en* telefon, og så har du mest sannsynlig vaktene på plass. [...] Det skulle ikke vært noen sykepleieroppgave i det hele tatt; det å skaffe folk til jobben (S6, Sykepleier Nevrologisk, intervju 15.05.2003).

Som det fremstilles her, fungerte vikarordningen over all forventning. På samme måte som ved Intensivavdelingen førte ordningen til at sykepleierne ble forskånet for belastende overtid, noe som ga dem en mer forutsigbar og lettere arbeidshverdag. Redselen for å bli beordret til overtidarbeid var ikke lenger tilstede, noe som ble opplevd som positivt og befriende:

Ja, jeg synes det er veldig positivt med det å bruke vikarer. [...] Det at det kommer nye folk med andre erfaringer, men og det at en ikke har det presset på seg at folk som jobber her ikke blir beordret til å jobbe overtid. Vi slipper å gå og føle på at ‘nå er det for lite folk på jobb’ [fordi] at en har muligheten til å kunne leie inn. [...] Fordelen med å leie vikarer er å hindre utbrenthet blant sykepleierne. At en har tilgang til vikarer. [...] Alternativet hadde jo vært å bruke sine egne ansatte: Å bruke dem opp. Det med å tvinge dem til overtid (S6, Sykepleier Nevrologisk, intervju 15.05.2003).

Bruken av ekstern innleie fremstilles her som et foretrukket alternativ fremfor overtid på egne sykepleiere, som på sin side beskrives som “å bruke sine egne ansatte: Å bruke dem opp” (ibid.). Også avdelingens oversykepleier fortalte at ekstern innleie ble brukt for å redusere overtidsbruken blant avdelingens sykepleiere:

[Vikarinnleie brukes] også for ikke å belaste det faste personalet for mye, slik at de kan gjøre en jobb de er i stand til og ikke bli for slitne (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

Ved Nevrologen var både sykepleiere og ledere fornøyd med de sykepleierne som ble leid inn. Siden flere av sykepleiervikarene ble leid inn på ulike oppdrag, hadde faste og innleide sykepleiere fått anledning til å bli godt kjent med hverandre:

Jeg tror det er utelukkende positivt fra sykepleiernes side at de [sykepleiervikarene] har kommet. Det har liksom vært en 'pool' med folk, la oss si fem-seks stykker som har kommet igjen og igjen og igjen. Og så lenge de [vikarene] er sosialt oppegående og faglige dyktige så sklir de rett inn i miljøet her. Det har ikke vært noen problemer (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

Informantene ved Nevrologen var skjønt enige om at ekstern innleie var en faglig legitim og god vikarløsning, som sikret tilførsel av kvalifisert personell. Også pasientene skal ha vært fornøyd med hvordan ordningen fungerte:

Pasientene har vært fornøyd. Jeg har ikke hørt *en* eneste klage faktisk. Tvert imot. [...] Dette er en spesiell pasientgruppe som stiller store krav. [...] Det er folk som gjerne har vært i trafikkulykker eller fallulykker, knekker ryggen. Den ene dagen våkner de opp og er frisk og den neste dagen er de lam fra livet og ned. De må få lov og stille krav også, synes jeg. De skal ikke finne seg i at hvem som helst kommer inn og påfører deg komplikasjoner og gjør ting feil. Det er også sånn at våre pasienter blir veldig lei av å måtte forklare om igjen til nye folk hvordan de for eksempel skal løfte de ut av sengen og over i en rullestol. Når de har sagt det sånn ca. 100 ganger, så har de på en måte sagt det nok. Og da er det veldig godt at det er de samme som kommer igjen. At det ikke *hele* tiden er nye mennesker, for det blir de fryktelig aggressive på (ibid.).

I 2003 var Nevrologen en hyppig bruker av ekstern innleie. Ifølge den avdelingssykepleieren her som hadde mest erfaring med ordningen, fantes det avdelingssykepleiere ved enkelte andre sykehusavdelinger som hadde fått forbud mot å bruke ordningen fordi den ble ansett for å være for dyr i bruk:

Jeg tror ikke det er så mange som har så mye erfaring med det som vi har. For vi er vel kanskje den posten som har brukt Det tradisjonelle vikarbyrået mest [her på sykehuset]. De gangene jeg har snakket med kollegaer rundt på andre steder, så har de bl.a. fått restriksjoner på at det blir så dyrt at de ikke får lov til å bruke det. Og så har de vært skeptiske: 'Er det egentlig bra?' Jeg har i hvert fall prøvd å skryte, og si at det fungerer veldig bra hos oss (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

De erfaringer som en tilegnet seg med ekstern innleie på Nevrologen, gjorde det mulig for aktørene der å legitimere ordningen ved å vise til de *fordeler* som denne medførte: Reduksjon i overtidsbruken, større kontinuitet på vikarsiden og ikke minst høy faglig kvalitet på vikarene. De mange fordelene bidro til at ekstern innleie ble vurdert ikke bare som et *nyttig* bemanningsverktøy i enkelte situasjoner, men også som et *foretrukket* alternativ i situasjoner som krever ekstra personell. Ordningen ble etter hvert tilskrevet en viss grad av *normativ* legitimitet. For sykepleieleiderne ved Nevrologen var prisen på vikarordningen lite vesentlig.

Det er klart at det er dyrt å bruke Det tradisjonelle vikarbyrået, men samtidig så all den tid jeg trenger sykepleiere så hadde det vært å belaste de som jobber i 100 prosent stilling her med masse ekstravakter (ibid.).

Avdelingssykepleieren stilte også spørsmål ved om det egentlig var så dyrt å bruke ekstern innleie som flere ville ha det til:

Jeg tror ikke det er så dyrt. Vi har jo ingen sosiale utgifter med dem [de innleide sykepleiervikarene]. Feriepenger og sykepenger, og alle disse tingene her, det slipper jo vi å ta. Så jeg er ikke så sikker på om det er så dyrt (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

Hos avdelingens oversykepleier var økonomiansvaret i større grad konkretisert. Hun påpekte betydningen av *også* å ha det nødvendige blikket for økonomien, noe som angav at både økonomi og faglig forsvarlighet var viktige hensyn i bemanningsarbeidet:

Det som alltid har hovedfokus er jo at det skal være forsvarlig. Vi har jo jobbet ut retningslinjer for hvordan man rimeligst mulig kan få tak i personale i forhold til våre budsjettammer, men vi må tenke forsvarlighet, så av og til så må vi gå utover de rammene. Men da skal det være en avklart situasjon. [...] Vi har jo en avklaring på at det skal være begrenset bruk av vikarer og at vi hele tiden må ha fokus på økonomi. Dette er jo noe som vi også har oppe på ledermøtene, så det er på en måte en tillitssak mellom avdelingsleder og arbeidsgiver. Vi må ha fokus på kompetanse, økonomi og arbeidsmiljø. Vi kan ikke bare leie inn i hytt og pine for å si det sånn. Vi må være *veldig* kostnadsbevisste (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

For å unngå unødvendig bruk av sykepleieinnleie, samarbeidet sykepleielederne på avdelingen om organiseringen av sykepleiebemanningen. Daglig møttes avdelings-sykepleierne til morgenmøter på oversykepleierens kontor:

Når det gjelder bruk av Det tradisjonelle vikarbyrået så avklarer vi det spesielt, for det koster jo mer. Men la oss si at vi skal forskyve en sykepleier fra tidlig vakt til sen vakt eller til nattevakt, og så skal vi leie inn en ekstra som får overtid, så blir det dyrt det og. Så når vi vurderer Det tradisjonelle vikarbyrået så må vi se på den totale situasjonen, og vi prøver å spare der vi kan spare. Så la oss si at vi har en eller to syke, når vi har en rimelig grei pasientsituasjon, så leier vi ikke inn. Vi ser ikke bare på listen sånn: 'ah, to borte i dag, to inn!'. [...] Ser vi at det er to borte, da ser vi på hvordan situasjonen er totalt. Hvordan er pasientbelegget? Må vi leie inn her eller kan vi klare oss med litt omrokking, altså hjelpe hverandre litt på postene? Vi har møter her hver morgen, med alle avdelingssykepleierne, så vi har etter hvert fått et bra samarbeid. Vi tenker helhet. Men det er jo noe med pasienter som ligger inne. Noen ganger kan det være pasienter som for eksempel krever mye stell eller krever mye overvåking, som må sees hyppig til. Andre ganger kan det være pasienter som er ganske selvhjulpne (ibid.).

Både ved Nevrologen og Intensivavdelingen ble ekstern innleie, etter hvert, ansett som et faglig godt *supplement* til foreliggende vikar- og bemanningsordninger.

Vi har tenkt at for oss så er det der [sykepleieinnleie] et godt supplement. Fordi vi har en bra samhandling [med vikarbyrået], de har stilt seg villig og vi får det vi ber om. Men det er klart at det er viktig for oss å ha besatt alle stillingene. Det er vi veldig nøye på.

Intervjuer: Tror du at dette er en løsning som er kommet for å bli?

Ja, det tror jeg i grunnen, som et supplement. [På] korte vikariater, for eksempel sykemeldinger. Da er byråene et veldig viktig supplement, sånn som jeg ser det (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

Et viktig moment i dette var koblingen mellom ekstern innleie og målsettingen om *et stabilt antall sykepleiere* på jobb:

Det [brukes ekstern innleie] først og fremst for å sikre stabiliteten og ikke minst å sikre at pasientene får den pleien som er forsvarlig. At vi ikke går her med underbemanning (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

I sin spesifisering av *når* det kan være aktuelt å leie inn sykepleiere, viste avdelings-sykepleieren til flere former for fravær blant de ansatte: Permisjoner, sosiale arrangement, kurs og kongresser, hospitering ved andre avdelinger og sykefravær. Også ledige stillinger ble nevnt som en mulig grunn for bruk av sykepleieinnleie. Samtidig hentydet avdelings-sykepleieren til at det ifølge sykehusledelsen kun var sykefravær og ledige stillinger som var akseptable grunner til å bruke den bestemte vikarordningen. Årsaken til dette skal ha vært at ordningen ble regnet for å være forholdsvis dyr og derfor måtte begrenses.

Det er jo mange grunner til det [ekstern innleie]. Altså, det som er akseptert fra ledelsens side det er jo hvis det er sykefravær og ledige stillinger. [Det vil si] sykehusledelsen, direktøren i ytterste fall, eller de økonomiansvarlige. Det er det som er generelt akseptert 'på huset'; at da leier man inn vikarer. *Selvfølgelig* gjør man det. Billigst mulige vikarer selvfølgelig. Men samtidig så er jo vi [avdelingssykepleierne] i en stilling hvor vi kan trikse og mikse litegranne med å spare inn på noen vikarbehov, og heller bruke vanlige. Såpass frihet har vi (ibid.).

Som det fremgår her, har avdelingssykepleierne en betydelig grad av *autonomi* på bemanningsområdet. Dette er en tematikk jeg skal se nærmere på i kapittel 7 og 8.

Både ved Nevrologen og Intensivavdelingen ble ekstern innleie primært brukt som en *erstatter* for sykepleiere som var fraværende av ulike grunner (bemanningsvansker), og i tilfeller med ubesatte stillinger (rekrutteringsvansker). Det betyr at det ble leid inn vikarer for å sikre *et stabilt antall sykepleiere* på jobb, og dermed for å sikre *numerisk stabilitet* i virksomheten. Vikarene brukes da som en erstatning for internt ansatt personell, som er borte fra jobb på grunn av sykdom, ferie, permisjon og lignende.

Det kan være flere motiver for virksomheters bruk av arbeids-/vikarinnleie og andre *atypiske tilknytningsformer for arbeid*.⁸⁴ Den viktigste grunnen når det gjelder vikarinnleie er ønsket om å dekke reelle vikariater og fravær blant virksomhetens ordinære ansatte (Nesheim 2004:8–9. Se også Cohany 1996:36). Dette betyr nettopp at bruken av innleid personell bidrar til numerisk stabilitet i innleievirksomheten, til forskjell fra *numerisk fleksibilitet* som er det motiv som fleksibilitetsteoretikere/-forskere vanligvis kobler til denne formen for atypisk arbeid. I mange tilfeller blir atypiske tilknytningsformer for arbeid langt på vei gjort ensbetydende med virksomheters streben etter å realisere et motiv om numerisk fleksibilitet (Nesheim 1999:59, 2004:8; Olofsdotter 2007; Olsen 1998).

Nesheim har løftet frem innslaget av sykepleieinnleie i norske sykehus som et eksempel på at vikarinnleie kan brukes som en *nest-beste løsning* på et rekrutteringsproblem. Det sentrale her er at sykehus leier inn sykepleiere – som byråvikarer – fordi de selv har problemer med å rekruttere sykepleiere til faste stillinger. Sykepleieinnleie fremstilles som et resultat av at etterspørselen etter sykepleierarbeidskraft er større enn tilbudet av sykepleiere som ønsker fast ansettelse i sykehus til gjeldende lønnsnivå (Nesheim 1999:63, 2002:11, 2004:10). En svakhet med Nesheims resonnement er at det ikke klargjøres at sykehusene har *flere* vikar- og bemanningsordninger å velge mellom i situasjoner med mangel på arbeidskraft. Vikar-/sykepleieinnleie trenger derfor ikke å være en nest-beste løsning på et rekrutterings- og bemanningsproblem i virksomheten. Det kan være *siste utvei* på problemet. Som vist, begynte for eksempel sykehusets intensivavdeling med innleie av sykepleiere først *etter* å ha prøvd ut en rekke *andre* tiltak som skulle løse den vanskelige rekrutterings- og bemanningssituasjonen.

⁸⁴ Betegnelsene *atypiske tilknytningsformer for arbeid* og *atypisk arbeid* brukes i forskningen om en rekke arbeidsforhold (“work arrangements”/“employment arrangements”/“employment relations”). Dette omfatter innleide arbeidstakere (“temporary help agency workers”), midlertidige ansatte (“temporary employees”), selvstendige næringsdrivende, kontraktører, konsulenter (“independent contractors/consultants”), frilansere (“freelance workers”), ringehjelp/ringevikarer (“on-call workers”), ansatte uten noen form for kontrakt (“casual work”), og til dels også deltidsansatte (“part-time workers”) (se bl.a. Cohany 1996, Ellingsæter 1995, 2002, Kalleberg 2000, Nergaard 2005, Nesheim 2002). Arbeidstakere som innehar en atypisk tilknytningsform for arbeid blir i internasjonal forskning gjerne betegnet som “contingent workers”, noe som skyldes at disse arbeidstakernes arbeidsforhold er betinget (“contingent”) av en arbeidsgivers behov for arbeidskraft (Kalleberg 2009:8. Se også Connelly og Gallagher 2004, Matusik og Hill 1998, McLean Parks, Kidder og Gallagher 1998, Nesheim 2005, Pearce 1998, Peck og Theodore 1998, Uzzi og Barsness 1998). Det å være vikar i et vikarbyrå er kanskje den mest synlige formen for “contingent work”. Mellom alle de tre involverte parter i et slikt ansettelsesforhold (utleier–vikar–innleier) foreligger det nærmest en universell forståelse om at oppdraget er av midlertidig varighet (Connelly og Gallagher 2004:960). Andre betegnelser som er i bruk innen forskningen, på denne typen arbeidsforhold, er bl.a. “nonstandard employment relations” (Kalleberg 2000; Kalleberg, Reskin og Hudson 2000), “alternative employment arrangements” (Cohany 1996), “alternative work arrangements” (DiNatale 2001), og “precarious work” (Kalleberg 2009).

6.4.3 Strategisk adoptering: Ekstern innleie tas i bruk av spesielle fleksibilitets- og effektivitetshensyn

Ved *Ortopedisk klinikk* ble ekstern innleie i “ordinær” innpakning brukt i svært liten grad. I løpet av 2001–2003 ble kun et fåtall vikarer leid inn. Klinikksjefen forklarte, på generelt grunnlag, at den viktigste årsaken til sykepleieinnleie trolig er problemer med sykepleie-rekrutteringen: “Den viktigste grunnen er at en ikke får rekruttert til ledige stillinger på vanlig måte. At man ikke får ansatt, at man ikke får den riktige kompetansen, det tror jeg er det viktigste” (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003). Aller helst skulle klinikksjefen ønske at forholdene var slik at det ikke var behov for sykepleieinnleie i organisasjonen, altså at sykehuset hadde så god tilgang på sykepleiere og en så god organisering av sykepleie-bemanningen at dette ikke var nødvendig. Det ble ansett som best om ekstern innleie ble brukt “så lite som overhodet mulig” (ibid.):

Det primære er at vi prøver å rekruttere folk gjennom vanlige stillingsannonser til faste eller midlertidige stillinger her hos oss (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Jeg ser på det [sykepleieinnleie] som et nødvendig onde. [...] Jeg tror ikke disse vikarene har så *veldig* mye å tilføre oss rent faglig. [...] Noen av dem kan nok være med å påvirke oss i forhold til rutiner og effektivisering, men jeg tror ikke den store gevinsten ligger der. Jeg tror at det koster mer enn alternativet. Nei, det er flinke folk, det er ikke det, men alternativet er faste folk. Det koster mer og jeg tror ikke det tilfører så mye totalt sett (ibid.).

I de tilfeller hvor det ble leid inn sykepleiere ved klinikken, ble dette gjort fra det samme vikarbyrået som Intensivavdelingen benyttet seg av; danske PowerCare. Det var primært operasjonssykepleiere som ble leid inn. Klinikksjefen koblet vikarbruken til målsettingen om å opprettholde normal drift, nærmest koste hva det koste vil:

Det som jeg har sagt er at den Operasjonsavdelingen må vi ha i drift uansett. Det kan godt hende at de har leid inn noen som jeg ikke vet om, det må jeg tilstå. Det plager meg egentlig ikke så mye. Vi har en Operasjonsavdeling og hvis den stopper så stopper liksom hele motoren i hele [den delen av] sykehuset. Dette er jo et rent kirurgisk sykehus, eller Ortopedisk sykehus. [...] Derfor må vi holde den i gang, og det kan godt hende at de har leid inn noen som jeg ikke vet om fordi jeg har gitt såpass sterke signaler om at det skal prioriteres. Men jeg tror det ikke. Jeg tror jeg hadde visst det (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Klinikkens bruk av sykepleieinnleie kjennetegnes imidlertid først og fremst av at ordningen ble benyttet for å *intensivere* driften. Gjennom å leie inn sykepleiere (og leger) ble antall personer på jobb *økt* opp, slik at det ble mulig å gjennomføre *flere* operasjoner (enn planlagt) og følgelig redusere enkelte operasjonskøer. I 2001 ble det satt i gang et prosjekt som gikk ut på at det ble leid inn *operasjonsteam* som arbeidet på topp av grunnbemanningen. Teamet

utførte operasjoner på egen hånd og arbeidet flere arbeidstimer daglig enn det som er vanlig. Arbeidsdagen skal ha begynt kl. 08.00 om morgenen og blitt avsluttet kl. 18.00 om kvelden. Prosjektet medførte at det ble gjennomført flere operasjoner enn det man hadde lagt opp til opprinnelig og derfor til økt effektivitet. Av et oppslag i *Dagens Medisin* (23.05.2002) fremgikk det at firmaet Anopic hadde vært med på operasjoner av 360 pasienter i sykehuset, og at hvert operasjonsteam besto av ni–ti personer.

Klinikksjefen for Ortopedisk klinikk fortalte at de hadde gode erfaringer med Anopic og at den bestemte innleieprosjektet var satt i gang fordi man ønsket “å øke aktiviteten innenfor et visst område” (S4, Klinikkssjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003). Prosjektet ble videre omtalt som følger:

Både i 2001 og 2002 så hadde vi et firma som het Anopic her. Det står for anestesi, operasjon og intensiv. [...] Det har vært svenske, danske og norske [sykepleiervikarer]. Det er da 10 sykepleiere, 4 operasjon, 3 anestesi, 4 intensiv. Noe sånt i den duren der. De kommer her og jobber sammen med våre kirurger. Og da har det vært [slik] at vi [har] villet tatt tak i en pasientgruppe. Vi har for eksempel kjørt nevrokirurgi i en uke. Bare nakkeoperasjoner. Så har vi gjerne kjørt ortopedi [og] vi har kjørt generell kirurgi. Det er forskjellige avdelinger som har brukt disse til å *forsterke* sin egen produksjonslinje. [...] De kommer i et vikarteam. [...] Du ønsker å gjøre en ekstra innsats og da *leier* vi inn folk for en kortere periode (ibid.).

Sommeren 2003 ble det, i samarbeid med det danske firmaet TransMedica, prøvd ut et liknende prosjekt. Vanligvis betyr avviklingen av sommerferien at klinikken stenger en sengepost ved hver enhet, og at både driften generelt og den operative aktiviteten spesielt reduseres. Avtalen med TransMedica innebar at alle sengepostene skulle holdes åpne hele sommeren. Firmaet fikk ansvaret for å bemanne og organisere driften ved en sengepost og to operasjonsstuer. De sykehusansatte fikk tilbud om å arbeide for firmaet i deler av sin ferie, noe flere responderte positivt på (Helse Bergens nettside, 18.06.2003: *Dugnad for å kutte ventelistene*). Belønningen for ekstraarbeidet var, i tillegg til “den gode følelsen” over å ha bidratt til at ventelistene ble raskere ekspedert, god overtidsbetaling. Resultatet av prosjektet var at det ble operert 300 flere ventelistepasienter enn det som ellers hadde vært tilfelle (Bergensavisen 19.06.2003: *Kutter køen i ferien*). Da jeg intervjuet klinikkssjefen i mai 2003 var prosjektet under planlegging:

[I] sommerferien må vi stenge ned en post og redusere aktiviteten. Det betyr at vi ikke kan ta elektiv, altså planlagt kirurgi. Så hos oss så blir det stort sett bare de som skader seg som blir operert, altså ortopediske skader. Og det synes ikke vi er godt nok, så nå holder vi på sammen med et firma og ser om vi kan leie folk til å holde åpent, slik at vi kan ta elektive pasienter. [...] Da er det vi som står for driften, men altså de som bemanner den. [...] Det som er saken er at i stedet for å akseptere at i

ferien da stenger vi ned [så] leies [det] inn, for å opprettholde drift gjennom ferien. [Altså fordi] at en ønsker å opprettholde driften i ferien (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

De to prosjektene var begge motivert av et ønske om å oppnå en mer *effektiv* drift. At prosjektene kom flere pasientgrupper til gode bidro helt klart til å skape forståelse og aksept for de bestemte formene for vikarinneleie. Betydningsfullt har nok også de økonomiske forholdene rundt prosjektene vært. Når det gjelder sykehusets bruk av Anopic vet vi eksempelvis at sykehuset gikk i økonomisk balanse (Dagens Medisin 23.05.2002: *Private opererer mer effektivt*).

6.4.4 Produktivitetsavtalen fungerte som en (midlertidig) demper på vikarbruken

I den perioden som de to nevnte prosjektene fant sted, startet sykehuset opp en ordning som ble kalt *produktivitetsavtalen*. I likhet med prosjektene, kan denne avtalen relateres til *ventelistegarantien* og ønsket om å redusere sykehusets ventelister. Produktivitetsavtalen var en avtale om *utvidet* arbeidstid for heltidsansatte sykepleiere, som i korthet gikk ut på at overtiden kunne avtales på forhånd i en vaktplan. Som kompensasjon for planlagt overtidsarbeid, fikk sykepleierne godt betalt. Opplegget var basert på en omfattende avtale mellom NAVO og NSF, som ble inngått i forbindelse med tariff-forhandlingene i 2002 (jf. kapitellavsnitt 5.4.3). I løpet av dette året ble det i sykehuset opprettet produktivitetsavtaler ved flere sykehusavdelinger, deriblant ved Intensivavdelingen og Ortopedisk klinikk. Avtalene ble inngått for bestemte tidsperioder, hvor ansatte kunne melde interesse for å utvide sin arbeidstid gjennom forhåndsavtalt overtidsarbeid.⁸⁵

Ved Ortopedisk klinikk var det et “massivt ønske fra de ansatte” om å være med på ordningen (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003). Fordi de ansatte ga så klart uttrykk for at de ønsket å påta seg mer arbeid, mot god betaling, foretrakk klinikksjefen å benytte produktivitetsavtalen fremfor ekstern innleie. Begrunnelsen var at opplegget innebar bruk av *kjente* folk i pleien og på operasjonsstuene, siden det jo handlet om at “det er de samme folkene som skal gjøre mer og mer” (ibid.).

Vi har ikke vurdert innleie fra byrå som et alternativ til dette, fordi at det har vært [et] såpass massivt ønske fra de ansatte: De har lyst til å være med på dette. Så ser vi også litt på dette med effektivitet; at det er kjente folk, de kan utstyret, de kan inngrepene, ingen eller liten administrasjon. Det eneste er at de signerer noen timelister ekstra, så det er veldig enkelt å administrere, og vi får gjort jobben.

⁸⁵ Informasjon mottatt på e-post, 13.10.2006, fra S11, Ansatt Personal.

Så vi har ikke vurdert innleie som alternativ til disse prosjektene. Det har vi ikke. [...] I hvert fall her hos oss, så er det faktisk et ønske fra de ansatte. Mange ansatte synes det er veldig kjekt å jobbe noen timer ekstra, og tjene veldig godt. [Og] det er klart at jo mer vi kan ta ut av den arbeidsstokken vi har, jo mindre behov skulle vi få for å leie inn (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Klinikksjefen mente at mange sykepleiere både ønsket og hadde kapasitet til å jobbe mer. Samtidig skulle en – som leder – være bevisst på at lange arbeidsdager kan slite på de ansatte:

Det er klart at det er et dilemma for oss som har en lederrolle her. På den ene siden har vi et krav om økt produksjon. Vi har 2000 pasienter som venter på et poliklinisk tilbud hos oss, det er fryktelig mange skjebner. Vi skulle svært gjerne fått gjort noe for de pasientene der. Så trykket er fra både pasienter og eiere om å øke produktiviteten vår. Og så får vi et redskap om å kjøpe mer arbeidstid fra de ansatte. [...] Men det er klart at hvis vi ser at vi begynner å slite på folkene våre, så vil vi måtte stoppe opp og si; 'hva er det vi holder på med?' (ibid.).

Også Intensivavdelingen hadde flere sykepleiere som ønsket å arbeide mer enn 100 prosent stilling mot god betaling:

Vi inngikk den avtalen i midten av november [2002]. [...] Vi har hatt god respons på den. Og dette er jo et tilbud til dem som fra før har en full stilling. Vi har sågar en sykepleier som gikk opp fra $\frac{3}{4}$ stilling til full, for å delta i produktivitetsavtalen. [...] Nå holder vi på å evaluere de tre første månedene og responsen så langt er udelt positiv. [...] Produktivitetsavtaler har jo vist at våre egne sykepleiere, mot bedre betaling, er villige til å jobbe planlagt overtid innenfor den avtalemuligheten som foreligger (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

En fordel med produktivitetsavtalen var at driften ble effektivisert ved at "kjente folk", som "kan utstyret [og] inngrepene", jobbet mer, og at dette krevde "ingen eller liten administrasjon" (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003). Gjennom å bruke avtalen klarte sykehuset å forkorte flere ventelister svært mye. Likevel, etter om lag ett års drift, ble avtalen avsluttet. Begrunnelsen var at den kostet mer enn den smakte. På de avdelinger hvor avtalen hadde vært i bruk virket man fornøyd med hvordan denne hadde fungert, men for dem som hadde ansvaret med å holde styr på utgiftenes utvikling, var det klart at ordningen var for kostbar. Produktivitetsavtalen ble avvirket på slutten av 2003.⁸⁶ Det var altså økonomien, eller hva produktivitetsavtalen kostet sykehuset i kroner og øre, som ble avtalens skjebne.

6.5 Avslutning

Som vi har sett, var flere av sykehusets medlemmer i utgangspunktet *skeptiske* til sykepleieinnleie. Dette samsvarte med hvordan sentrale aktører i sykehusfeltet for øvrig agerte i

⁸⁶ Informasjon mottatt på e-post, 13.10.2006, fra S11, Ansatt Personal.

forhold til innleiemodellen, og det utleiemarked som denne har sitt utspring i. Hos sykepleierne handlet skepsisen i særlig grad om en *motstand* mot å arbeide sammen med, og lære opp, bedre betalte vikarer. Flere var videre overbevist om at vikarordningen ville være til ulempe for det kollegiale fellesskapet på arbeidsplassen og ha negative følger for pasientbehandlingen. Det siste hadde sammenheng med en forestilling om at sykepleiervikarer ikke har samme ansvarsforhold som avdelingens egne sykepleiere. En ytterligere innvending var at det ville bli for dyrt å leie inn sykepleiere fra vikarbyrå. Mange mente at sykehuset *burde* klare seg uten “innblanding” fra private utleieaktører, som har som formål å tjene penger på helsevesenets rekrutterings- og bemanningsproblemer.

Det første initiativet til å begynne med ekstern innleie i sykehuset kom nedenfra i organisasjonen, fra ledere med ansvar for sykepleiebemanningen ved egne enheter. Dette må ses i sammenheng med den vanskelige rekrutterings- og bemanningssituasjonen som flere av disse lederne befant seg i. De første anvendelsene av ekstern innleie fant sted fordi det i organisasjonen var mangel på sykepleiere, med og uten spesialkompetanse, og fordi ledere opplevde det som mer eller mindre påkrevd å teste ut nytteverdien av den nye vikarordningen. Ved de tre sykehusavdelingene som det har handlet om her, ble man *positivt overrasket* over hvor godt vikarordningen virket. Konkrete *erfaringer* bidro til å dempe kritikken av ordningen og skape legitimitet om bruken av denne. Produksjonen av legitimitet om ordningen var det altså i hovedsak brukerne selv som sto for. Det ble vektlagt at ordningen skaffet nødvendig sykepleiekompetanse. Man kunne mene hva man ville om vikarbyråene – at disse skodde seg på sykehusenes rekrutteringsproblemer osv. – men det kunne vanskelig benektes at de brakte til veie sårt tiltrengt personell. Selv om de fleste *ideelt* sett hadde ønsket at en hadde unngått å leie inn sykepleiervikarer, ble vikarbruken etter hvert *akseptert*, siden den fungerte som et *nyttig* tiltak i en vanskelige rekrutterings- og bemanningssituasjon.

Innleiemodellen ble gradvis brukt i *flere* sammenhenger. Det ble for eksempel leid inn vikarer slik at sykepleiere skulle unngå belastende nattarbeid (Intensivavdelingen) og/eller få mulighet til å delta på samlinger av faglig og sosial art (Nevrologen). Ved Ortopedisk klinikk ble det primært leid inn sykepleiere for å øke operasjonskapasiteten og redusere ventelistene, gjerne som del av større operasjonsteam. Dette innebar at innleide sykepleiere arbeidet på topp av grunnbemanningen. Ved de to førstnevnte avdelingene ble innleiemodellen brukt på en mer ordinær måte; for å dekke fravær blant avdelingenes ansatte eller ledige sykepleier-

stillinger. Tross disse forskjellene hadde bruken av ekstern innleie ved samtlige tre avdelinger det til felles at den handlet om en streben etter å opprettholde *forsvarlig* drift. Klinikksjefen ved Ortopedisk koblet eksempelvis den ordinære bruken av ekstern innleie til målsettingen om å holde operasjonsavdelingen i drift (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Foranledningen for at Intensivavdelingen begynte med ekstern innleie var mangelen på intensivsykepleiere, hvor vikarordningen ble sett på som et mulig tiltak for å forbedre den vanskelige bemanningssituasjonen. Ved å bruke ekstern innleie *oppdaget* man at den bidro til å skaffe kvalifisert personell, noe som produserte legitimitet om ordningen og beslutningen om å bruke denne. Også den avlastning som vikarordningen medførte for det interne sykepleiepersonalet, i form av mindre eller ingen overtid og nattarbeid, bidro til å skape legitimitet om den i utgangspunktet så omstridte ordningen. Ved Intensivavdelingen førte konkrete erfaringer med ekstern innleie til at man begynte å tenke om ordningen på andre måter enn det som opprinnelig hadde vært tilfelle. Fra å bli betraktet som et midlertidig krise-tiltak, sto ordningen etter hvert frem som en *mulig* løsning på mer vanlige bemanningsutfordringer som fordrer tilførsel av ekstra sykepleiere.

For å forstå den første bruken av ekstern innleie ved Nevrologen, er det nødvendig å minne om at etablerte vikar- og bemanningsløsninger ikke bidro til å løse problemet med å skaffe tilstrekkelig med sykepleiere. Også her var man kritisk til innleiemodellen *før* den ble tatt i bruk. Det faktum at Nevrologen ventet med å ta i bruk modellen til den var blitt gjort til en anbudsbasert ordning i sykehuset, ser ut til å ha redusert mye av støyen rundt praktiseringen av ordningen. I hvert fall ble avdelingens adoptering av ekstern innleie ansett som nærmest et opplagt valg av avdelingens sykepleieledere. Den første vikarbruken handlet, også her, om å få på plass det nødvendige antall sykepleiere for å drive forsvarlig. Gradvis ble ordningen brukt som en *foretrukket* løsning på flere fraværssituasjoner, og mer konkret som en *erstatning* for både overtid og bruken av de såkalte ringe-/ekstravaktsentralene. En viktig grunn for at det ble slik, var sykepleieledernes utstrakte misnøye med hvordan disse ordningene fungerte. Denne misnøyen ser ut til å ha fungert som en døråpner for innleiemodellens institusjonalisering ved avdelingen.

Det at bruken av innleiemodellen åpner for en rekke *oppdagelser* underveis, i form av positive gevinster med den i utgangspunktet uønskete modellen, synliggjør den *kognitive* dimensjonen

i legitimeringsarbeidet. Lokale lederes innleierfaringer hadde betydning for ledernes vurderinger og oppfatninger om når, eller i hvilke situasjoner det regnes som *mulig* å bruke ekstern innleie. Dette har sammenheng med den *pragmatiske* formen for legitimitet som aktørene tilskrev innleiemodellen, og da især forestillingen om at modellen er *nyttig* i enkelte/flere situasjoner. Blant de oppdagelser som ble gjort, er den om at byråsykepleiere er kompetente til å gjøre en fullgod jobb. Dette går på tvers av på forhånd antatte oppfatninger, om at dette er sykepleiere som ikke har samme faglige kvalitet som sykehusets egne folk. Siden bruken av ekstern innleie viste seg å fungere, kompetanse- eller kvalitetsmessig sett, kunne ordningen forsvares og forklares med henvisning til *det sykepleie-/medisinskfaglige rasjonalet* med særlig vekt på kvaliteten på pleien.

Forankringen i dette rasjonalet er et gjennomgående trekk ved den første bruken av ekstern innleie i sykehuset. I utstrakt grad ble ordningen legitimert med støtte i *faglige* argumenter, hvor det bl.a. ble vist til at sykepleiervikarene var faglig dyktige, i stand til å avlaste det interne personalet og langt mer kompetente enn de vikarer som ringe-/ekstravaktsentralene hadde tilgjengelig for bruk. Hva den bestemte vikarordningen kostet sykehuset/avdelingen i penger, var av mindre viktighet. Også *hensynet til egne ansatte* ble viet en sentral plass i argumentasjonen for den første bruken av ekstern innleie. Argumentet var at bruken av innleide sykepleiere reduserte arbeidsbelastningen på egne sykepleieransatte, og dermed kunne kobles til også *det arbeidsmiljø-/personalmessige rasjonalet*. Innleiemodellens koblinger til de to typene rasjonaler bidro til at det ble skapt *normativ* legitimitet om modellen og anvendelsene av denne. Flere sykepleieledere fortalte eksempelvis at det var til det beste for personalet og for pasientbehandlingen at innleiemodellen ble benyttet.

I første del av adopteringsprosessen er det oppfatningen av ekstern innleie som et faglig godt *supplement* til etablerte vikar- og bemanningsløsninger, som dominerer blant sykehusets aktører. Dette gjelder spesielt de avdelinger hvor ekstern innleie ble tatt i bruk i denne perioden, hvor det vanlige var at ordningen ble definert som *faglig legitim*. Mot alle odds er det denne *faglige* forankringen som bidrar til den begynnende institusjonaliseringen av innleiemodellen i organisasjonen. Institusjonaliseringen skjer således ved at spesielt brukerne av modellen oppdager faglige og pragmatiske fordeler med å bruke sykepleieinnleie, og på bakgrunn av denne oppdagelsen skaper nye resonnementer og forklaringer som har støtte i faglige, arbeidsmiljømessige (normative) og pragmatiske (nytte-)forhold.

Kapittel 7: Toppstyrt oversettelse og legitimering av innleiemodellen

7.1 Innledning

Omtrent samtidig som de første anvendelsene av ekstern innleie kom i stand i sykehuset, på initiativ fra lokale avdelings- og sykepleieledere, ble det påbegynt et sentraladministrativt arbeid for å få anbudsbasert samme ordning. På oppdrag fra sykehusledelsen fikk Personalavdelingen i oppgave å få på plass en slik anbudsbasert innleieavtale. Målsettingene var å redusere antall vikarbyrå som det ble leid inn sykepleiere fra i sykehuset, å oppnå bedre innleiepriser, og (økt) administrativ kontroll over en vikarpraksis som hadde startet opp uten forankring i toppledelsen.

Situasjonen viser empirisk hvordan oversettelser av en ny idé eller modell kan utløses på *flere* steder i en organisasjon og mer eller mindre *samtidig*. Dette står i kontrast til forestillingen om at nye organisasjonsoppskrifter primært kommer inn i organisasjonen via toppledelsen, for deretter å forårsake en hierarkisk oversettelseskjede. I dette bildet tenkes oversettelsen å løpe vertikalt fra toppen av organisasjonen, for så å bevege seg nedover og innover i organisasjonen til underliggende nivå (Røvik 2007:294–296, 300). I motsetning til dette, kjennetegnes sykehusets adoptering av innleiemodellen av at modellen innføres, bearbeides og omformes – mer eller mindre samtidig – av aktører som befinner seg på forskjellige steder i sykehuset.

Kapittelet kaster lys over Personalavdelingens oversettelser og legitimeringer av innleiemodellen, i første del av adopteringsprosessen (våren 2001–våren 2003). Som vi skal se var de personalansatte, til forskjell fra lokale avdelings- og sykepleieledere, i stor grad opptatt av prisen på den nye vikarordningen. Sammen med vurderinger av faglig karakter, var økonomiske hensyn viktige i det oversettelsesarbeid som Personalavdelingen initierte og tok del i på den administrative arenaen. Med basis i denne arenaen ble det brakt på banen to konkrete oversettelser av innleiemodellen; en anbudsbasert variant av ekstern innleie og en intern vikartjeneste hvor sykehuset innehar rollen som både utleier og innleier av sykepleiere.

I løpet av første del av adopteringsprosessen begynner flere organisasjonsmedlemmer å akseptere sykepleieinnleie som vikarordning, og dermed også at det skal være *mulig* å leie inn sykepleiere ved behov. Det som står på spill, er på *hvilke* måter ordningen skal kunne praktiseres, det vil si hvilke(n) form(er) for sykepleieinnleie som skal være tilgjengelig(e) for bruk, og *hvem* det er som skal avgjøre hvorvidt og hvordan ordningen skal/bør brukes. I den forbindelse er det nærliggende å stille spørsmål om hvilken betydning sykehusets *ledelsessystem* har for bemanningsarbeidet, inkludert bruken av innleiemodellen. Er det ledelsen ved den enkelte avdeling som avgjør innleiemodellens skjebne ved egen enhet, eller har også sentraladministrasjonen og toppledelsen innflytelse i dette spørsmålet?

Sykehusets ledelsessystem er et viktig element når innleiemodellens adoptering i sykehuset skal forklares. For det første er det sentralt hvilke rasjonaler, verdier og interesser lederne griper til i sitt bemanningsarbeid, for å forklare og forsvare sykepleiebemanningsens utforming og bruken av sykepleieinnleie mer spesifikt. For det andre er den ledelsesmodell som praktiseres med å avgjøre *mulighetsrommet* til lederne, ved å sette rammer om deres handlinger og valg. Den anvendte ledelsesmodell legger føringer for hva man (som leder) *oppfatter* som mulig å foreta av handlinger, inkludert hvilke vikar- og bemanningsordninger som anses som mulige og umulige løsninger i forskjellige situasjoner. Hvorvidt en leder for en sykehusavdeling eller sengepost opplever å ha mulighet til å adoptere innleiemodellen, og mer generelt foreta endringer og tilpasninger i gjeldende bemanningsrutiner, har sammenheng med hvordan ledelse utøves. Det er derfor betydningsfullt at det i løpet av første del av adopteringsprosessen, startet opp en ny ledelsesmodell (*enhetlig ledelse*) i sykehuset. Dette er en ledelsesmodell som norske sykehus ble pålagt å implementere. Datamaterialet gir innblikk i hvordan modellen har skapt rom for, og krevd, en annen *avdelingssykepleierrolle* enn det som var tilfelle tidligere; med todelt ledelse. Dette har konsekvenser for sykepleieleddernes (for-)handlingsrom.

7.2 Personalavdelingen i rollen som profesjonell oversetter

Sykehusets personalavdeling er i flere sammenhenger involvert når ledere på forskjellige nivå i organisasjonen skal introduseres for nye oppskrifter/ideer. Personalansatte arbeider generelt mye med utpakking av oppskrifter/ideer som søkes innført i hele eller deler av organisasjonen (Røvik 2000:228, 2001:176). Dette gjelder i stor grad uavhengig av om det som innføres er

prosedyrer forankret i lov eller forskrift, slik tilfellet er med enhetlig ledelse, eller det er oppskrifter som organisasjonen selv har bestemt skal adopteres. Innleiemodellen er et eksempel på det sistnevnte, noe som generelt gir stort slingsmonn for lokal tilpasning og forandring av oppskriften (jf. Røvik 2007:318). Som følge av ovennevnte innehar gjerne en personalavdeling rollen som *profesjonell konsepttranslatør* (Røvik 1998:159–160), engasjert i aktiviteter som innbefatter tilpasning og bearbeiding av generelle oppskrifter til lokale kontekster. Avdelingens folk bistår ofte i implementeringen av oppskrifter/ideer i organisasjonen, og med vedlikehold og videreutvikling av adopterte oppskrifter/ideer. I enkelte tilfeller arbeides det også med realisering av egne ideer og prosjekter, slik tilfellet har vært med sykehusets interne vikarordning.

Det er viktig å påpeke at Personalavdelingen ikke var eller er i posisjon til å beslutte hvordan oppskrifter generelt skal implementeres og brukes i organisasjonen. Slik myndighet er det som regel *toppleddelsen* som har, representert ved sykehusdirektøren eller sykehusets ledergruppe. I mange tilfeller er det like fullt slik at lederne på avdelingsnivå, ute i klinikkene og de mange divisjonene, har utstrakt myndighet til å avgjøre en oppskrifts skjebne ved egen enhet. Hvorvidt det skal leies inn sykepleiere eller ikke, har for eksempel vært opp til lokale ledere å avgjøre, slik det generelt er med bruken av vikar- og bemanningsordninger. Personalavdelingen har utelukkende hatt en *rådgivende* funksjon, slik tilfelle er på flere områder:

[Personalavdelingen] har jo ikke beslutningsmyndighet på noe område per i dag. Altså, vi er jo først og fremst tilretteleggere og rådgivere. Beslutningsmyndigheten ligger enten hos administrerende direktør eller hos linje-II-lederne [avdelingslederne]. [...] Vi har en veiledende og rådgivende rolle (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Det oversettelsesarbeid som gjøres i regi av Personalavdelingen er generelt i større grad preget av *den økonomiske diskurs*, enn det som er tilfelle for det oversettelsesarbeid som finner sted lokalt i sykehusavdelingene. Datamaterialet viser at *det økonomiske språket* ble brukt som et tydeligere verktøy i argumentasjonen til de personalansatte enn det som var tilfelle med avdelings- og sykepleielederne. Denne forskjellen er særlig tydelig i første del av adopteringsprosessen. Generelt kan det hevdes at det i sykehusene er en tendens til at den økonomiske logikk tar *større* plass på bekostning av faglig baserte logikker, slik som den medisinske og pleiefaglige logikken (Lindholm 2001:134). Flere studier, deriblant en rekke norske og svenske studier, viser at økonomistyring er blitt et etablert og utbredt fenomen i sykehusene (ibid.; Blomgren 2001; Torjesen 2007; Waks 2001). Dette gjelder også i de

faglige miljøer, hvor økonomistyring er blitt eller er på vei til å bli en del av hverdagen. Økonomistyring er å betrakte som en ledelsesform i sykehusene, noe som tilrettelegger for at hensynet til økonomiske og budsjettmessige forhold aksepteres som viktige styringsprinsipper (Melander 2001:265).

Når det gjelder sykepleiebemanningsorganisering, viser de personalansattes lojalitet til den økonomiske logikk seg gjennom deres innsats for å skape gode ordninger for ansettelse av sykepleiere i faste og midlertidige stillinger *internt* i sykehuset. På flere måter har Personalavdelingen vært engasjert i å bedre rekrutteringen til denne typen stillinger, slik at sykehuset skal bli mest mulig selvforsynt med sykepleiere. Det er spesielt rekrutteringen til faste stillinger som har vært prioritert, hvor det ikke bare har blitt søkt aktivt etter sykepleiere i Norge, men også i enkelte andre land. På slutten av 1990-tallet startet eksempelvis arbeidet med aktiv *utenlandsrekruttering* opp, i form av rekruttering av sykepleiere fra utlandet til faste stillinger. I likhet med sykehusets første anvendelser av ekstern innleie, hadde også dette prosjektet bakgrunn i sykehusets problemer med å rekruttere tilstrekkelig med sykepleiere.⁸⁷ Dette felles utgangspunktet ble fremhevet av enkelte informanter, deriblant en personalansatt som svarte slik på et spørsmål om grunnlaget for sykehusets anbudsbaserte innleieavtale for sykepleiepersonell:

Det var sammensatt. For det første så hadde vi fått et nytt tilbud da, nemlig markedet, og det er jo litt viktig, det at det ble lovlig å leie inn. Så hadde vi jo som sagt vært gjennom mange år med sykepleiemangel. Du kan si at i 2001–2002 da var vi på en måte i slutten av en periode hvor det hadde vært vanskeligheter med å rekruttere, tidvis. Det var ikke mange årene før hvor vi var i Sverige på rekrutteringsmesse, og jeg tror vi også reiste til Polen og Tyskland. Så vi drev jo aktiv rekruttering i utlandet, og dette var ikke mange år før. [Så] dette her var da på slutten av en periode med mange års problemer (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Siden sykepleiemangelen var en viktig drivkraft for å starte med både utenlandsrekruttering og ekstern sykepleieinnleie, var ikke koblingen av de to prosjektene overraskende. Det samme kan til dels også sies om koblingen mellom sykehusets bruk av ekstern innleie og et prosjekt om *nytt arbeidstids- og turnusplanleggingssystem* som Personalavdelingen startet opp på slutten av 1990-tallet. Intensjonen var å øke arbeidsinnsatsen til sykehusets sykepleiere, og på

⁸⁷ På slutten av 1990-tallet vurderte norske helsemyndigheter rekrutterings- og bemanningssituasjonen for norske helseinstitusjoner som så vanskelig at import av utenlandsk helsepersonell ble ansett som den eneste muligheten for å øke antall helsearbeidere på kort sikt (Sosial- og helsedepartementet 1998, delkap. 6.4). Utenlandske sykepleiere ble importert for å dekke ledige sykepleierstillinger ved norske helseinstitusjoner (ibid.; ECON 2000:1). Se ellers Susan Jennifer Savides (2005) for en redegjørelse av den statlige formidlingen av utenlandske sykepleiere fra utlandet til Norge.

den måten *effektivisere* bruken av egne personalressurser. Prosjektet ble etter hvert ansett å ha potensial til å redusere sykehusets bruk av ekstern innleie.

Personal- og organisasjonsavdelingen hadde et prosjekt som gikk på arbeidstidsplanlegging. [...] Det var for å få bedre styring. Innledningsvis ønsket man å øke antall timer for de ansatte [...]. De ønsket at de fast ansatte skulle øke arbeidsinnsatsen sin i sommerhalvåret, de tre månedene, slik at alle jobbet et par timer mer hver uke, for da gikk behovet for vikarer ned, og så kunne de på resten av de ni månedene fordele færre antall timer. Men totalt skulle man komme ut med samme antall timer. Der brukte de et verktøy som het SpExpert der man har mulighet til 52 ukers arbeidsplan. Et flott verktøy! (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).⁸⁸

I intervjusammenheng hendte det at personalansatte begynte å fortelle om det nye arbeidstids-systemet når de fikk spørsmål om ekstern innleie:

Men akkurat disse spørsmålene om vikarbyråer, eksterne og interne, det må jo selvsagt de som, altså, spørsmål om hvordan man organiserer arbeidet, dimensjonerer personalressurser, hvordan man organiserer arbeids- og turnusplaner, der har vi [i Personalavdelingen] jo også hatt et prosjekt i mange år. På dette med kalenderplanlegging, fleksible arbeidstidsordninger. Slik at vi startet vel opp i 97–98 med dette. Så bruk av vikarbyråer er jo bare *ett* av flere virkemiddel for å få til en riktig bemanning, eller rett person på rett tid, riktig dimensjonert i forhold til de oppgavene som skal utføres. Det er det som er avgjørende. Og til riktig pris da. [...] Det er jo slik at når man bruker vikarer så senker man ofte kravene nesten uansett. En vikar vil ofte ikke være like god som den man skal vikariere for. Noen ganger er han det, og noen ganger kan han være bedre. Men sånn generelt sett så er de ofte av en lavere kvalitet enn de som de erstatter. Så vi har jobbet veldig mye med dette med arbeidstidsplanlegging for i det hele tatt å kunne redusere behovet for vikarer. For hvis man dimensjonerer bemanningen riktig og organiserer den på en mer fornuftig måte, arbeidstidsplanlegger på en bedre måte, så mener vi at vi kan *redusere* bruken av vikarer (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

I det som fortelles her fremstår bruken av vikarer, og da kanskje især bruken av eksterne vikarer, som et resultat av dårlig intern *planlegging*. Ved å se det på den måten blir ikke bare den enkelte avdelings- og sykepleieleder ansvarlig for egen vikarbruk; også Personalavdelingen blir ansvarliggjort, siden denne avdelingen har i oppgave å betjene lokale ledere med nødvendige vikar- og bemanningsverktøy.

Slik enkelte brukere fremstilte det nye arbeidstidssystemet, passet dette som hånd i hanske med det sterke fokuset på økonomi og sparing i sykehuset. Et sentralt moment var at det ikke lenger handlet om hvor mange *stillingshjemler* en hadde tilgjengelig for bruk som leder, men

⁸⁸ Det var like etter at de første sykepleiervikarene ble leid inn i sykehuset våren 2001, at det ble besluttet at sykehuset skulle begynne å bruke SpExpert som en ny programvare for arbeidstids-/turnusplanlegging. Utrulling av programvaren tok tid. I desember 2001 var ca. 800 ansatte registrert i systemet (Haukeland Sykehus: *Årsberetning 2001*, s. 48–49). Året etter var det 2000 brukere av systemet blant de sykehusesansatte (Helse Bergen: *Årsberetning 2002*, s. 62).

hvor mange *penger* en hadde å rutte med i henhold til budsjettet. Overgangen fordret et større fokus på økonomi, og derfor på hva ting koster.

Når SpExpert kom da fikk man en finflikking på dette med hvor lenge folk var på jobb hver dag og 'kunne de være litt kortere på jobb [hver vakt] og så komme flere dager på jobb [per år].?' [...] 'Må alle være på jobb syv timer hver dag eller kan de være på [jobb] seks timer nesten *alle* dager, og så heller komme på jobb 14 dager mer i året?' Og sier du det for 50 ansatte så er det klart du har fått *flere* stillinger bare i kraft av det, ikke sant? [...] Og mange har nok sittet rundt og ledet og ikke helt visst hvor mange årsverk de hadde. De har ikke hatt *helt kontroll* på hvor mange årsverk de *egentlig* hadde penger til. For i forbindelse med det der nye så gikk man også bort fra å ha antall *stillinger* og *stillingsbenevnelser*, til å ha penger i kassa. Du har 2,4 millioner. Før så hadde du 17 sykepleierstillinger og *tre* spesialsykepleiere og *to* hjelpepleierstillinger. Men det er borte. Man har et budsjett (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

7.3 Anbudsbasert sykepleieinnleie: Et administrativt oversettelsesprosjekt

I Personalavdelingen var man fullt klar over at mange avdelings- og sykepleieledere var misnøye med det foreliggende bemanningsrepertoaret, og at det i flere tilfeller var svært vanskelig og tidkrevende å sørge for en tilfredsstillende sykepleiebemannning. Personalavdelingen hadde derfor forståelse for at flere hadde begynt med ekstern innleie da dette ble mulig. Flere personalansatte vurderte den nye vikarordningen som et egnet *supplement* til gjeldende vikar- og bemanningsordninger, og spesielt egnet som erstatning for overtid.

Jeg har jo hele tiden vært positiv til vikarbyråer for jeg mente det at man, i alle fall enkelte steder [avdelinger], i altfor stor grad har utnyttet eget personal. Slik at hvis de [avdelingene] hadde tilgang til kvalifisert personale, så vil det være å foretrekke fremfor bare å bruke egne folk (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Kommentaren om at man "enkelte steder i sykehuset i altfor stor grad har utnyttet eget personal" (ibid.), kan leses som en *kritikk* av overtidsbruken ved enkelte sykehusavdelinger og dermed som en kritikk av hvordan lederne her håndterer sykepleiebemanningen. Den største utfordringen synes å være ledige sykepleierstillinger. En mer vanlig utfordring er akutt og planlagt fravær av sykepleiere.

Ifølge Personalavdelingen ville det mest hensiktsmessige for sykehuset være en anbudsbasert avtale om sykepleieinnleie med et fåtall vikarbyrå. Etter Personalavdelingens vurdering ville en slik ordning være å foretrekke fremfor flere lokale innleieavtaler, som avdelings- og sykepleieledere fremforhandlet på egenhånd. Vurderingen hadde grunnlag i flere forhold: For det første var *økonomi* et viktig moment, hvor en anbudsbasering av sykepleieinnleie ble ansett som viktig for å skaffe sykehuset den bestemte vikartjenesten til *lavest mulig pris*. For

det andre ble en anbudsbasert innleieavtale sett på som fordelaktig for sentral-administrasjonen ved Personalavdelingen, som da fikk bedre *kontroll* og *oversikt* med bruken av sykepleieinnleie. Som påpekt i forrige kapittel, var det lite innslag av økonomi i de lokale lederes resonnementer vedrørende de første anvendelsene av denne vikarordningen. I deres begrunnelser og forklaringer, på hvorfor det ble leid inn sykepleiere, dominerte faglige og arbeidsmiljømessige forhold. De lederne som først begynte med ekstern innleie, hadde et distansert forhold til hva dette kostet rent prismessig. Selv om de antok at dette var en forholdsvis dyr ordning, var de ikke nevneverdig interesserte i prisen så lenge ordningen fungerte godt faglig og dermed hadde stor nytteverdi (jf. delkapittel 6.4).

I Personalavdelingens håndtering av innleiemodellen bringes den økonomiske diskursen tydelig på banen, som i den klare økonomiske begrunnelsen for anbudsbasering. At det også ble vurdert som viktig å redusere og få *oversikt* over vikarbyrå som organisasjonen benyttet til sykepleieinnleie, fremgår av dette sitatet:

Flere avdelinger brukte jo byråer. [Avdeling X] og flere andre hadde jo inngått avtaler med byråer eller brukte byråer ... Ja, sånn at det ble jo litt sånn anarki da når alle aktørene [byråene] skal forholde seg til alle avdelinger, kanskje 40, 50, 60 avdelinger som skal forholde seg til kanskje 10–15 byråer. Så blir det jo litt rotete og ikke noe særlig hensiktsmessig forvaltning. Ja, det sier seg selv at det ikke er noen heldig situasjon. Både når det gjelder pris, kvalitet og administrasjon. Har man *en* avtale, med et sett av priser, så vet alle parter hva man har å forholde seg til og det blir lettere å ta kontakt og lettere å holde oversikt over kostnadsutvikling (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

En anbudsbasert form for sykepleieinnleie ville, ifølge Personalavdelingen, gi gode forutsetninger for en viss *kontroll* med sykehusavdelingenes forbruk av ordningen. Personalavdelingen var skeptisk til den situasjonen som hadde oppstått, hvor avdelinger leide inn sykepleiere fra flere forskjellige vikarbyrå. Det ble sett på som lite formålstjenlig å overlate til lokale ledere å avgjøre hva som er “det riktige å gjøre”, i en situasjon preget av flere vikarbyråer som prøver “å selge sykepleiere inn” som vikarer (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005). En anbudsbasert innleieavtale skulle videre medføre en viss *standardisering* av ordningen, ifølge Personalavdelingen. Avdelings- og sykepleieledere skulle ikke lenger være enerådende i håndteringen av innleiemodellen. Derimot skulle Personalavdelingen ta det nødvendige grepet om den videre oversettelsen av innleiemodellen i organisasjonen, noe de trengte sykehusledelsens støtte for å kunne gjøre. Anbudsarbeidet ble i så måte fremstilt som et tiltak for en *rasjonell* og *toppstyrt* implementering av innleiemodellen, som var ment å begrense lokale ledes handlings- og oversettelsesrom:

[Sykehuset] var egentlig det første til å være bevisst; å sette grensene. [...] Ja, i forhold til at vi ikke vil ha alle vikarbyråene svimende rundt her på huset. De ville ha oversikt (ibid.).

Personalavdelingen argumenterte i tillegg med at en felles innleieavtale ville gjøre samarbeidende vikarbyråer sterkere i markedet, noe som ville gagne sykehuset i form av god tilgang på markedets beste sykepleiervikarer:

Dersom vi [sykehuset] inngikk avtale med noen [vikarbyråer] så regnet vi med at de da skulle bygge opp en kapasitet sånn at de mer kunne tilfredsstille våre behov. Hvis vi på en måte ikke hadde en avtale, ikke hadde et anbud, men bare 'shoppet' i fra tilfelle til tilfelle, så ville vi måtte forholde oss til kanskje 10–15–20 ulike byråer hvor ingen var sterkere; altså hadde en sterk posisjon i markedet. Så det var jo også et sånn strategisk grep på en måte; det å inngå avtale med noen [byråer], så[nn] [at] de ville kunne bli sterkere (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Ifølge Personalavdelingen var utleiemarkedet for stort og uoversiktlig til at det var tjenlig at den enkelte avdelings- eller sykepleieleder forholdt seg aktivt til det, og selv inngikk innleieavtaler. Argumentet fikk støtte fra enkelte avdelings- og sykepleieleidere:

Jeg vil tro at det var noe som Personal- og organisasjonsavdelingen fikk informasjon om fra flere hold, som gjorde at de fant ut at de måtte gjøre noe. [...] [For] det var ikke bare oss i Kirurgisk divisjon som hadde problemer med bemanningen. Jeg mener at Hjerteavdelingen hadde problemer en stund, på Overvåkningen. Jeg vet at Kvinneklubben hadde problemer, og det var nok en del andre også som hadde problemer med bemanningen i den perioden der. [...] Det er det ene, slik som jeg ser det. Det andre er vel det at det var en periode vi bare holdt på å snø ned i tilbud fra firmaer. Det var en stund det ringte telefoner her nærmest dagstøtt. Mer eller mindre seriøse vikarbyråer, sånn som jeg oppfatter det. [...] Men vi så det at vi trengte å ha et ryddig forhold til et marked som var i ferd med å blomstre (S4, Klinikkssjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Ved å betrakte anbudsbaseringen som et ledd i å etablere "et ryddig forhold til et marked som var i ferd med å blomstre" (ibid.), ble det produsert legitimitet om tiltaket. En anbudsbasert innleieavtale ble sett på som den rette tingen å gjøre for å *rydde opp* i den situasjonen som hadde oppstått. Avtalen ble antatt å ville gi sykehuset nødvendig tilførsel av sykepleiervikarer, til rimeligst mulig pris, og øke Personalavdelingens innflytelse over innholdet i den samme vikartjenesten. Med dette som utgangspunkt tok Personalavdelingen på seg rollen som *opprydder* i forhold til de lokale praktiseringene av innleiemodellen, og som *administrator* i det anbudsarbeidet.

Når det gjelder innleie fra byråene så er det uten tvil avdelingene selv som har synliggjort behovet for vikarinneleie [...] Du kan si; det [pågangen fra vikarbyråene til avdelingene] var sikkert en av grunnene til at de [avdelingslederne/-sykepleierne] ønsket å få avtale med noen [vikarbyråer], fordi det var veldig pågang og vikarbyråene prøvde stadig å selge sykepleiere inn i vårt helseforetak. Det var veldig tidkrevende for avdelingssykepleierne og en del firmaer var veldig pågående. Det er jo klart, at i jungelen av tilbud, så var det utrolig vanskelig å finne ut hva [som] er det riktige å gjøre (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

Både lokale avdelings- og sykepleieledere og sentrale administrasjonsansatte ble *kontaktet* av forskjellige tilbydere av sykepleieinnleie. De aller fleste representerte vikarbyråer, andre enkeltpersonforetak. Blant de byråene som tok kontakt, fantes både store, etablerte aktører og mindre nisjebyråer som kun drev med sykepleie-/helseutleie. Den brede markedsføringen av ekstern innleie innebar at flere sykehusaktører fikk *informasjon* om hvordan de kunne gå frem for å benytte ordningen, og hvilke former for sykepleiekompetanse det var mulig å leie inn. Informasjon om konkrete erfaringer med ekstern innleie var det imidlertid først og fremst brukerne av ordningen som bidro med. Da man i sykehuset begynte med ekstern innleie, hadde enkelte andre norske sykehus alt tilegnet seg en viss grad av erfaring med ordningen. Intervjumaterialet gir eksempler på sykepleieledere i sykehuset som kontaktet kollegaer ved andre sykehus, for å høre om deres syn på og erfaringer med ekstern innleie. Ved Intensivavdelingen var oversykepleieren i kontakt med en kollega ved et Oslo-sykehus som hun visste benyttet seg av sykepleieinnleie. Oversykepleieren fortalte at kollegaens erfaringer og anbefaling var av betydning da Intensivavdelingen skulle begynne med samme ordning (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

7.3.1 Sykehusledelsen orienteres om muligheten for sykepleieinnleie

Det har alltid vært motstand mot eksterne vikarbyråer, men ikke blant dem som satt på toppen, for å si det sånn. Jeg tenker på administrerende direktør, som gikk ut med det anbudet. Altså, beslutnings-innehaverne – foretaksledelsen, sykehusledelsen tidligere – vurderte den gangen at vikarbyråer var et riktig og godt supplement til våre egne vikarer (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Proessen i retning en anbudsavtale om sykepleieinnleie startet med at Personalavdelingen utarbeidet et notat til sykehusledelsen (Ledergruppen), hvor det orienteres om muligheten for denne innleieformen. I notatet redegjør personaldirektøren⁸⁹ for de juridiske, økonomiske og personalmessige konsekvensene som må legges til grunn for en prinsipiell beslutning om sykehusets håndtering av sykepleieinnleie. Ledergruppen diskuterte notatet på et møte i mai 2001, altså omtrent samtidig som de første sykepleierne ble leid inn til sykehuset.⁹⁰

⁸⁹ På dette tidspunktet hadde sykehuset en konstituert personal- og organisasjonsdirektør. For enkelthets skyld skriver jeg personaldirektør, til forskjell fra konstituert personal- og organisasjonsdirektør.

⁹⁰ Dersom ikke annet er spesifisert, baserer dette kapittelavsnittet (7.3.1) seg på nevnte notat: Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: Internt notat fra Personal- og organisasjonsdirektøren til Ledergruppen: *Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå*. Direkte sitat fra notatet er markert med anførselstegn (“...”).

I notatet ble det fremhevet “to viktige aspekter” i vurderingen av ekstern innleie. For det første et *rekrutterings- og bemanningsaspekt*, hvor det ble vist til at vikarbyråer ikke har hatt problemer med å rekruttere sykepleiere. Det ble i den forbindelse stilt spørsmål ved om dette var “et utslag av lønnsbetingelser”, det vil si at vikarbyråer lønner sine sykepleiere bedre enn sykehuset, eller en konsekvens av at “vi i større grad forholder oss til det som betegnes som generasjon X”. Videre ble det påpekt at “[y]ngre arbeidstakere ønsker større fleksibilitet og vil sirkulere innad i sykehus eller mellom helseinstitusjonene i fremtiden”. Her er Personalavdelingen innom tanken om at dagens sykepleiere er forskjellige fra tidligere sykepleiergenerasjoner, hva angår karriere- og jobbønsker. I debatten om den nye vikarjobben for sykepleiere ble dette momentet fremmet av vikarbyråledere og til dels også av NSF (jf. kapittel 5). Det andre aspektet som ble fremhevet i notatet var et *økonomisk aspekt*, formulert som et spørsmål: “[V]il det svare seg å leie inn nødvendig arbeidskraft fremfor å bruke forskjøvet arbeidstid eller pålagt overtid?”. Personalavdelingen viste i den sammenheng til tall mottatt fra vikarbyråer og egne beregninger, som tydet på at det kunne lønne seg å leie inn sykepleiere fremfor å bruke overtid og forskjøvet arbeidstid. I notatet var det spesifisert at timekostnadene for eksterne sykepleiervikarer var på mellom 250–405 kroner, og at 100 prosent overtid kostet mellom 299–340 kroner per arbeidstime. Tallene viste at det kunne være rimelige å bruke ekstern innleie enn å la sykepleiere arbeide 100 prosent overtid:

“Innleie er klart dyrere dersom dette skal erstatte egne ansatte i ordinær turnus. Innleie anbefales brukt der man ikke får tak i egne ansatte og eventuelt må bruke egne ansatte med overtidsbetaling. Sett opp mot det, blir ikke innleie dyrere”.

Det er interessant hvordan det her eksplisitt slås fast at det i noen tilfeller, rent økonomisk, kan lønne seg å bruke ekstern innleie. På dette tidspunktet var prisen på ekstern innleie noe flere brukte som et argument *mot* den vikarbruken. Mange var videre usikre på hva ordningen faktisk kostet (se delkapittel 6.3 og 6.4). I notatet konkluderte Personalavdelingen som følger:

1. “Dersom rekrutterings-/bemanningssituasjonen tilsier det bør [sykehuset] bruke innleie som et supplement/alternativ der det pleiefaglig og medisinsk ligger til rette for det”.
2. “Kostnadmessig er det små forskjeller mellom lønnsutgifter til egne ansatte med overtidsbetalt, og kostnader ved innleie. I tillegg kan innleie gi bedre kapasitet og dermed flere behandlede pasienter, som gir økte DRG-poeng og større ISF-inntekter”.⁹¹

⁹¹ DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper) er kort fortalt grunnelementet i stykkprisdelen av sykehusenes finansieringssystem, kalt Innsatsstyrt finansiering (ISF). Ordningen motiverer sykehusene til å øke antall behandlede pasienter, altså behandlingsaktiviteten, for således å øke opp antall DRG-poeng. For hvert DRG-poeng som sykehusene “produserer” refunderer staten 40 prosent (Lian 2003, 2007).

Denne måten å argumentere på, viser at Personalavdelingen begrunnet bruken av ekstern innleie ved å spille frem *både* kvalitetsmessige/faglige og økonomiske momenter. Det var især det økonomisk-administrative rasjonalet som ble tillagt vekt, som i argumentet om at det i enkelte tilfeller kan *lønne seg* prismessig for sykehuset å leie inn sykepleiere. Budskapet var at ekstern innleie kunne være et gunstig *supplement* til de vikar- og bemanningsordninger som alt var i bruk i sykehuset, gitt at “det pleiefaglig og medisinsk ligger til rette for det”. Denne merknaden i notatet, angir en kobling mellom innleiemodellen og det sykepleie-/medisinsk-faglige rasjonalet. Merknaden sier imidlertid ingenting om ordningens faglige standard. Det som gjøres vesentlig er forholdene ved de sykehusavdelinger som bruker sykepleieinnleie, hvor det argumenteres at dersom det her ikke foreligger noen pleiefaglige eller medisinske grunner til at vikarordningen ikke kan/bør brukes, *bør* ordningen brukes “dersom rekrutterings-/bemanningssituasjonen tilsier det”. Dette kan forstås som en anbefaling om å bruke sykepleieinnleie i tilfeller med rekrutterings-/bemanningsvansker.

I notatet fremgår det klart at Personalavdelingen var av den oppfatning at sykehuset ville være tjent med å bruke den nye vikarordningen: “Slik vi ser det gir innleie flere muligheter enn begrensninger”. Vurderingen ble begrunnet med henvisning til de to aspektene om henholdsvis rekruttering/bemanning og økonomi/kostnader. I tillegg ble det gjort enkelte henvisninger til et arbeidsmiljø-/personalmessig rasjonale, hvor innleiemodellen ble koblet til en antatt økning i antall sykepleiere på jobb:

“Personalmessig gir innleie flere ansatte i pleiegruppen som igjen bør gi større handlingsrom, mindre stress og mindre pålagt overtid for egne fast ansatte”.

“Innleie bør gi mindre administrativ belastning på avdelingene siden arbeidsgiveransvaret ligger på vikarbyrået”.

I notatet ble det også påpekt at det ikke kunne utelukkes at sykehuset “kan rekruttere vikaren” som leies inn, noe som fremstiller ekstern innleie som et potensielt tiltak for å bedre sykehusets rekruttering til faste og midlertidige stillinger. Samtidig ble det vist til viktigheten av “å fortsette det arbeidet som er iverksatt mht. å bedre rekrutteringen ved sykehuset og legge til rette for at arbeidsforholdene er slik at våre ansatte ønsker å bli ved sykehuset”. Dette angir at Personalavdelingen ikke så noen motsetning mellom det å adoptere innleiemodellen og det å fortsette arbeidet med å bedre den normale sykepleierekrutteringen. Eller som det var formulert i notatet: Det ene “trenger ikke utelukke det andre”. “Må det være et spørsmål om enten–eller”? Kan det ikke snarere være “både–og”, hvor ekstern innleie *kan* og muligens

også *bør* “være et kortsiktig tiltak, mens omorganisering og fortsatt aktive rekrutteringstiltak er eksempler på langsiktige tiltak”. Enkelte konkrete eksempler på langsiktige tiltak for å bedre sykehusets rekrutterings- og bemanningssituasjon ble nevnt; “fleksible turnuser, jobbrotasjon” og “andre arbeids- og miljøstimulerende tiltak”.

Da personaldirektøren orienterte Ledergruppen om muligheten for ekstern innleie i mai 2001, slet flere sykehusavdelinger med store rekrutterings- og bemanningsproblemer. Personalavdelingen mente at sykehuset hadde *begrensete* muligheter til å stå på utsiden av det nye utleiemarkedet for sykepleiere, og anbefalte at det ble inngått en anbudsbasert avtale om sykepleieinnleie med et fåtall vikarbyrå. At enkelte sykehusavdelinger allerede benyttet seg av denne vikarordningen, ble ikke nevnt i notatet. Det ble heller ikke kommunisert hvilke typer sykepleiere som var blitt leid inn ved sykehuset, eller hvilke vikarbyråer som var blitt benyttet til dette formål. På bakgrunn av det notat som personaldirektøren la frem, ga Ledergruppen klarsignal til å etablere en anbudsbasert avtale om ekstern innleie av sykepleiere. Personalavdelingen fikk oppdraget med å lede anbudsarbeidet.

7.3.2 Anbudsarbeidet

Det første Personalavdelingen gjorde var å nedsette en arbeidsgruppe, som skulle utarbeide markedsforespørselen for det aktuelle anbudet. Arbeidsgruppen hadde totalt fem medlemmer, hvorav to var ansatt i Personalavdelingen. De øvrige medlemmene var sykehusets innkjøps-sjef og to ledere fra Kirurgisk divisjon.⁹² Lederne fra Kirurgisk ble trolig invitert med i gruppen fordi de hadde kunnskap om og erfaring med ekstern innleie:

Jeg tror jeg ble spurt fordi at vi var en av de avdelingene som allerede brukte vikarer [...]. Altså, det var Personalavdelingen som tok initiativ til en sånn type samordning. Altså, vi hadde allerede begynt å bruke [vikarer]. Og så tror jeg det var for å få en hånd om det så tidlig som mulig i prosessen. Og til å ha litt ordnede forhold (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

Det var nok utelukkende fordi at på den tiden så var jeg assisterende divisjonsleder på Kirurgisk divisjon, så fikk jeg i oppgave å følge opp Intensiv. Og Intensiv var jo den avdelingen i vår divisjon som slet mest med å få spesialsykepleiere. Så det vi gjorde var å prøve å sjekke ut flere måter å egentlig *bedre* situasjonen på, der innleie var *ett* virkemiddel (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

⁹² Den ene av lederne var på det aktuelle tidspunktet nestleder ved Kirurgisk divisjon (senere klinikksjef ved Ortopedisk klinikk). Den andre var oversykepleier ved Intensivavdelingen, som tilhører samme divisjon (Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: Saksinnmelding til møte i Ledergruppen 11.02.2002).

Lederne fra Kirurgisk hadde både utenfor- og innenfor-kunnskap: De hadde kunnskap om hvordan ordningen med ekstern innleie fungerte i praksis (*utenfor-kunnskap*), og kunnskap om den *virksomhet* som anvendte ordningen (*innenfor-kunnskap*). Dette innebar innsikt i både formelle strukturer, rutiner, prosedyrer, samt mer uformelle normer og handlingsregler i sykehuset. Kunnskap om det uformelle er generelt sett svært viktig når generelle konsepter skal tilpasses lokale vilkår; ønsker og behov (Røvik 2000:230, 2001:177–178, 2007:321).

Trolig visste de to lederne mer om de uformelle sidene av organisasjonen enn de øvrige medlemmene av arbeidsgruppen, som på sin side hadde mye kunnskap om formelle regler og strukturer. Således utfylte de hverandre godt. Intervjumaterialet tyder på at representantene fra Personal- og Innkjøpsavdelingen hadde en større rolle i anbudsprosessen enn de to avdelingsrepresentantene. På spørsmål om hvem det var som bestemte de kriterier som tilbyderne av ekstern innleie skulle vurderes etter, svarte eksempelvis oversykepleieren ved Intensivavdelingen på denne måten:

De [utvalgskriteriene] tror jeg at Personal og Innkjøp [bestemte], men vi hadde nok og innflytelse på dem. De var jo oppe til diskusjon (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

Arbeidsgruppen brukte relativt kort tid på å utforme markedsforespørselen. Gruppen arbeidet slik at de møttes til enkelte møter og kommuniserte på e-post og telefon:

Det var jo relativt kort tid vi møttes. Så laget vi en anbudsinnbydelse – markedsforespørsel – som vi sendte ut. Den laget vi sånn at en av oss skrev, og så tilføyde vi [andre] litt sånn etter hvert, via møter og ‘mailer’ og sånn. Så gikk den ut og så fikk vi inn alle disse anbudene som vi vurderte, og så kom vi frem til noen kriterier og valgte ut et antall [vikarbyrå] som vi ville gå videre med. Og de inviterte vi da til drøftinger eller til forhandlinger. [...]. Først hadde vi egne møter, så var det vurdering av tilbud, så var det forhandlinger, og så valgte vi ut to firmaer. Egentlig en ganske grei og ryddig prosess (S4, Klinikksjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Markedsforespørselen var klar for utsendelse 1. oktober 2001. Tilbudsfristen ble satt til 9. november samme år og vedståelsesfristen til 28. februar 2002.⁹³ Av markedsforespørselen fremgår det at sykehuset var interessert i å inngå samarbeidsavtale om innleie av helsepersonell for perioden 01.01.2002–31.12.2003. Interesserte tilbydere ble oppfordret til å basere sitt tilbud “på absolutt de beste betingelser som kan gis i dette markedet”, grunnet sykehusets meget anstrengte regnskapssituasjon. Kalkulert innkjøpsvolum ble sagt å ville

⁹³ Dersom ikke annet er spesifisert, baserer resten av dette kapitellavsnittet (7.3.2) seg på dette dokumentet: Hordaland Fylkeskommune, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: *Markedsforespørsel: Innleie av helsepersonell*. Tilbudsfrist: 09.11.2001. Direkte sitat fra denne er markert med anførselstegn (“...”).

“varierte etter behov”, noe som gjorde det vanskelig for sykehuset å angi dette presist. Det ble anslått “at det til enhver tid vil være behov for ca. 15–25 personer”. Dette forholdsvis lave tallet var et signal om at ekstern innleie var tenkt brukt i relativt liten skala. Dette ble da også påpekt at ekstern innleie “er ment som et supplement ved vanskelige bemanningssituasjoner ved enkelte avdelinger”, at “innleie skal søkes begrenset til et minimum”, og at “det faste personalet er dem som skal være [sykehusets] viktigste ressurs”. Disse presiseringene samsvarer med Personalavdelingens anbefalinger til Ledergruppen, slik disse fremgår av det gjennomgåtte notatet.

Sykehusets *krav* til samarbeidende vikarbyrå var spesifisert over flere sider i markedsforespørselen. Flere krav fulgte av at “vikarbyrået svarer for alle plikter som normalt påhviler arbeidsgiver”, slik som kravet om at “det foreligger en standard arbeidskontrakt mellom arbeidsgiver (utleiebyrå) og arbeidstaker”, kravet om at “vikaren har nødvendige autorisasjoner/sertifikater”, og kravet om “at vikarene tilfredsstiller sykehusets kvalitetskrav”. I tillegg var det spesifisert at de vikarbyrå som inngikk samarbeid med sykehuset, ikke kunne ha lengre *karantenetid* på sine sykepleiere enn det som er vanlig oppsigelsestid for arbeidstakere, altså maksimalt tre måneder. Dette var viktig for at sykehuset skulle “ha mulighet til å overta/ ansette vikarer på permanent basis, dersom vikaren søker ledige stillinger ved sykehuset”. Sykehuset skulle derimot få “praktisere en utvidet karantenetid – i inntil 12 mnd. Det samme gjelder reansettelse i bedriften” (jf. kapittelavsnitt 6.3.3). Av markedsforespørselen fremgikk det videre at sykehuset var interessert i å leie inn sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre. Ifølge oversykepleieren ved Intensivavdelingen var det blant arbeidsgruppens medlemmer utstrakt forståelse for at det var viktig at de vikarbyrå som det ble inngått avtale med, hadde intensivsykepleiere for utleie:

Jeg tror det var stor grad av enighet om at [vikarbyråene] måtte ha en grunnstamme av intensivsykepleiere for at de skulle være interessante. For vi var veldig tydelige på, i utgangspunktet, at det var kun intensivsykepleiere som var aktuelle for oss [ved Intensivavdelingen], og at de ikke måtte trenge all verdens opplæring. Det var viktig dette med hvor kjapt de [vikarbyråene] kunne levere. Og så var det jo viktig dette med hvilket ansvar byrået tok, altså hvilke forsikringer og avtaler de hadde. [...] Ja, og også dette som gikk på det med reise og bolig. Det ble jo vurdert det og, [for] det blir jo også en del av kostnadene (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

De anbudene som kom inn, på bakgrunn av markedsforespørselen, var av variabel karakter:

Jeg har en samling av anbudsdokumenter som viser at det var veldig mange forskjellige [...] firmaer, og av *dem* så var det noen som bar *tydelig* preg av at de hadde poppet opp som en konsekvens av en endring. Det var veldig stor forskjell, både på organisering, kvalitet får en nesten si, på de firmaene.

Sånn som jeg vurderer det. Noen virket veldig godt organiserte. De danske firmaene, jeg mener lovendringen kom noe tidligere i Danmark, sånn at de danske firmaene spesielt virket jo mye, mye bedre organisert, i hvert fall noen av dem. ActiveCare hadde vi vel ... og PowerCare [...] De kom inn som en tilfeldighet før vi fikk regulert dette, før vi gikk ut i markedet. Så kom de inn og skaffet oss noen veldig godt kvalifiserte vikarer (S4, Klinikkssjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Anbudene ble evaluert ut fra to vurderingskriterier: "Pris/kostnad for tjenesten" og "Service-indikatorer", inndelt i kategoriene; responstid, referanser, tjenestesortiment, oppfølging og informasjon. I markedsforespørselen var det påpekt at: "Det tilbud som anses som det økonomisk mest fordelaktige tilbud vil bli valgt". Etter å ha vurdert innkomne anbud, bestemte arbeidsgruppen at fire vikarbyrå skulle innkalles til såkalte avklaringsmøter. I forkant av møtene fikk vikarbyråene tilsendt en liste med spørsmål som arbeidsgruppen ønsket å få avklart. I tillegg ble det i møtene stilt ytterligere spørsmål som vikarbyråene ble bedt om å svare skriftlig på. På bakgrunn av disse rundene innstilte arbeidsgruppen på to vikarbyråer: Manpower og PowerCare, noe som ble begrunnet med at disse byråene hadde de mest fordelaktige økonomiske tilbud (Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: Saksinnmelding til møte i Ledergruppen 11.02.2002.). Av de to vikarbyråene var Manpower det klart største. Danske PowerCare var et byrå enkelte sykehus-avdelinger hadde erfaring med å leie inn spesialsykepleiere fra:

PowerCare er vel et firma som på mange måter har vokst med oss. De vant jo en kontrakt med oss. De vant jo den veldig mye på *kvaliteten* på de folkene de klarte å skaffe oss. For de kom inn som en tilfeldighet før vi fikk regulert dette, før vi gikk ut i markedet. Så kom de inn og skaffet oss noen veldig godt kvalifiserte vikarer. [...] Og det gjorde jo at de, på en måte, hadde noe å vise til når vi etter hvert gikk ut i markedet med disse anbudsinnbydelsene. Så har de vel blitt bedre organisert som en følge av at de begynte da og kom med tilbud til oss. [De] har på en måte vokst sammen med den kontrakten de har med oss (S4, Klinikkssjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Anbefalingen fra arbeidsgruppen ble tatt til følge av Ledergruppen på et møte i februar 2002. Selve avtaleinngåelsene var det sykehusets innkjøpssjef som ordnet. Personalavdelingen fulgte opp med å utarbeide *retningslinjer* for bruken av ekstern innleie – et arbeid som ble gjort i samråd med sykehusets Sjefssykepleier og divisjonsdirektørene for henholdsvis Medisinsk- og Kirurgisk divisjon.⁹⁴ Retningslinjene, bestående av til sammen 19 punkt, ble vedtatt 8. mai 2002. De to første punktene skisserte "at innleie skal begrenses til et minimum", og at "[i]nnleie skal ikke erstatte bruk av ordinære vikarer, men kun være et

⁹⁴ Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: Saksinnmelding til møte i Ledergruppen 11.02.2002. Forslag om interne retningslinjer for innleie av helsepersonell ble sendt på høring til sykehusets operative ledelse, samt NSF's hovedtillitsvalgte i helseforetaket, i april 2002. Som vedlegg til forslaget fulgte innkjøpskontraktene med de to vikarbyråene (Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen 02.04.2002: *Høringsnotat: Forslag til retningslinjer for innleie av helsepersonell til Helse Bergen HF*).

supplement i vanskelige bemanningssituasjoner”. Et tredje punkt angikk spørsmålet om beslutningsmyndighet i forhold til bruk av ekstern innleie: “Divisjonsdirektør avgjør hvem som har fullmakt til å inngå avtale om innleie med vikarbyråene”. I ytterligere tre punkter var det påpekt at “innleie skal finne sted innenfor divisjonens ordinære økonomiske rammer”, at tidligere inngåtte innleieavtaler ikke skal forlenges uten samtykke av personaldirektøren, og at divisjonsdirektører ikke har mulighet til å inngå innleieavtaler med andre vikarbyrå så lenge sykehuset har en anbudsbasert innleieavtale.⁹⁵

Ikke lenge etter avtaleinngåelsen ble det klart at Manpower ikke klarte å skaffe sykepleiere til sykehuset. Avtalen ble derfor sagt opp, og Manpower ble erstattet av Adecco.⁹⁶

Vi hadde avtaler med to firmaer; vi hadde PowerCare og Manpower. Manpower klarte ikke å levere. Det var et firma som hadde base og hadde aktivitet i [samme by som sykehuset ligger], et stort firma, og de klarte ikke å levere. De klarte ikke å levere *en* eneste spesialsykepleier til oss. [...] Du kan si at det er to sider, altså; enten så lovet de [Manpower] noe som de ikke kunne holde, eller så var ikke vi gode nok til å kikke dem i kortene. Eller vi stilte ikke de riktige kravene til dem. De hadde et veldig godt tilbud, men klarte ikke å levere altså. Så de ble rett og slett sjaltet ut og fikk beskjed om at ‘enten leverer dere, eller så går vi til et annet firma’. Og da gikk vi til neste på listen, som var Adecco (S4, Klinikkssjef Ortopedisk, intervju 07.05.2003).

Flere forhold tyder på at Personalavdelingen i stor grad unngikk å markedsføre innleieavtalen overfor sykehusets avdelings- og sykepleieledere. Sykepleieledere fortalte at de aldri mottok informasjon om avtalen. Ved Psykiatrisk divisjon påpekte flere avdelingssykepleiere at de ikke hadde fått vite om muligheten til å leie inn eksterne sykepleiere. Høsten 2005, drøyt tre år etter inngåelsen av den første innleieavtalen, kommenterte en av disse avdelingssykepleierne at han ikke hadde “fått noe informasjon om eksterne byråer, og ikke sett noe markedsføring, eller sett noen avtaler eller priser eller noen verdens ting rundt det” (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005). Dette strider mot innleieavtalen, hvor det er presisert at sykehuset har ansvar for å orientere sykehusets ledere om avtalens innhold.⁹⁷

⁹⁵ Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: *Interne retningslinjer for innleie av sykepleiere til Helse Bergen HF*, vedtatt 08.05.2002.

⁹⁶ Adecco hadde imidlertid også tidligere leid ut sykepleiere til sykehuset – en praksis som startet opp på slutten av 2001 (informasjon mottatt på e-post, 21.02.2007, fra S27, Leder for Det interne vikarsenteret).

⁹⁷ I innkjøpskontrakten for sykepleieinnleie med PowerCare står det under overskriften “Innleiers ansvar og rettigheter” at sykehuset skal “sørge for at avtalen gjøres kjent for samtlige sykehus i HBHF”, det vil si helseforetaket (Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Innkjøpsseksjonen: *Innkjøpskontrakt med PowerCare Aps*. Datert 07.11.2002). I et tillegg til sykehusets leverandøravtale med Adecco står det tilsvarende angitt at sykehuset skal “orientere alle avdelingsledere og avdelingssykepleiere ute om avtalen og dens retningslinjer” (Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: *Tillegg til leverandøravtale mellom Helse Bergen og Adecco Norge AS*. Datert 21.11.2002).

Også enkelte personalansatte var klar på at Personalavdelingen i altfor liten grad hadde informert ledere i sykehuset om den bestemte innleiemuligheten:

Akkurat det innsalget det vet ikke [ler litt] om vi har vært så fryktelig flinke [til] 'på huset', i forhold til eksterne [vikarbyråer]. Da det ble inngått en avtale med eksterne [vikarbyråer i 2002] da var det jo representanter fra avdelingene med i den arbeidsgruppen. Men innsalg utover det, det er litt usikkert (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Det som synes sikkert, er at de avdelinger som hadde begynt å bruke ekstern innleie før anbudsavtalen var på plass i 2002, fikk beskjed om at de fra da av kun hadde anledning til å leie inn sykepleiere fra vikarbyrå som hadde anbudsavtale om dette med sykehuset. Samtidig var Personalavdelingen i gang med å arbeide frem et annet vikarkonsept – et konsept de ivret etter å fortelle lokale ledere om. Høsten 2002 og våren 2003 besøkte representanter fra Personalavdelingen flere sykehusavdelinger for nettopp å fortelle om dette vikarkonseptet, og kartlegge vikarbehov og -ønsker. Dette var en helt annen innsalgsprosess enn det som hadde vært tilfelle med ekstern innleie:

Når det gjelder vikartjenesten [intern sykepleieinnleie], så ble jo det brukt veldig mye tid på å reise rundt og besøke avdelinger. For å forklare og presentere produktet. Det har jo vært et mye mer aktivt og bevisst salg (ibid.).

Intern innleie er å betrakte som en *variant* av innleiemodellen, som ikke involverer noen eksterne utleieaktører. Sykehuset innehar her rollen som både utleier og innleier, siden det er sykehuset som ansetter de sykepleierne som skal leies ut i virksomheten. Som påpekt tidligere var det flere norske sykehus som satte i gang med interne vikarpooler etter først å ha begynt med innleie av sykepleiere fra private vikarbyrå. Ordningen var i stor grad motivert av et ønske om å redusere bruken av ekstern innleie (jf. kapitтелavsnitt 5.6.2). Hva som var bakgrunnen for at man i sykehuset – på initiativ fra Personalavdelingen – valgte å satse på intern innleie, og på hvilke måter det er blitt arbeidet for å utforme dette konseptet, er tema for neste delkapittel.

7.4 Intern sykepleieleie – Fra idé til etablering

Da personaldirektøren orienterte sykehusledelsen (Ledergruppen) om den nyoppståtte muligheten for ekstern sykepleieinnleie våren 2001,⁹⁸ ble også muligheten for en intern vikarordning for sykepleiere nevnt. På dette tidspunktet hadde sykehuset, ganske nylig, opprettet

⁹⁸ Se kapitтелavsnitt 7.3.1.

en liknende ordning for merkantilt personell, med 15 sekretærstillinger. Ordningen, som ble kalt Vikar- og skriveservice (VISS), hadde som formål å leie ut fast ansatte sekretærvikarer til avdelinger i sykehuset. På møtet med Ledergruppen fortalte personaldirektøren at dette fungerte etter planen. Det eneste problemet skal ha vært “at etterspørselen er større enn tilbudet”. Personaldirektøren mente at en godt kunne “se for seg en workpool med egne fast ansatte sykepleiere eller en innleid workpool gjennom et vikarbyrå – som opererer etter samme mønster som VISS prosjektet”.⁹⁹

Om lag ett år senere, i juni 2002, holdt personaldirektøren igjen en orientering for Ledergruppen. Tema var sykehusets bruk av eksterne sykepleiervikarer. Ideen om en intern ordning for sykepleieleie ble på nytt omtalt. I referatet fra møtet angis det at “etableringen av et mulig internt vikarbyrå” ble nevnt, og at “Personal- og org. avd. ser videre på dette”.¹⁰⁰ Sykehuset var på denne tiden nylig omdannet til et helseforetak, og det var ansatt en ny sykehusdirektør med erfaring fra det private næringsliv. Direktøren hadde sansen for forslaget om en intern ‘pool’ for sykepleiere, og ga Personalavdelingen den nødvendige aksept for å materialisere ideen:

Altså dette [intern innleie] er jo for så vidt en gammel idé da. [Vi i Personalavdelingen] har jo ved et par tidligere anledninger forsøkt å få etablert et internt byrå, men da i regi av andre; Sjøfssykepleiers kontor, som det het den gangen på sykehuset. Men det ble aldri noe av. Så ved begynnelsen av helsereformen, da vi fikk ny direktør, tok vi opp dette forslaget på nytt; om et internt byrå. Jeg har jo hele tiden ment at det vil være fornuftig å ha den type fleksibilitet representert i sykehuset. Og hun [den nye sykehusdirektøren] tente for så vidt ganske umiddelbart på ideen og ga også oppgaven til [Personalavdelingen]. Altså, det var diskusjon i Ledergruppen om hvem som skulle gjøre den jobben, men så ble man ikke enige om det, og så fikk jeg bare beskjed om at da gjør vi det. Det var i midten av 2002 (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Ideen om en intern ordning for sykepleieleie har, helt fra starten av, blitt betraktet som en idé som Personalavdelingen står bak. Dette skapte stor grad av motivasjon og engasjement blant de personalansatte, som inntok en annen type oversetterrolle enn det som var tilfelle med ekstern sykepleieinnleie. Selv om begge former for sykepleieinnleie har vært gjenstand for lokale oversettelser og tilpasninger i organisasjonen, er det klare forskjeller på hvordan ordningene er blitt introdusert og videreutviklet i organisasjonsinterne prosesser. Et særtrekk med ekstern innleie, er at det var ledere ved enkelte sykehusavdelinger som på eget initiativ

⁹⁹ Sitat fra følgende interne dokument: Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: Internt notat fra Personal- og organisasjonsdirektøren til Ledergruppen: *Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå*. Datert 30.04.2001.

¹⁰⁰ Sitat fra følgende interne dokument: Helse Bergen, Foretaksledelsen: Møtereferat fra ukemøte 27.06.2002.

begynte med ordningen. Toppledelsen og Personalavdelingen var først ikke involvert i adopteringen og oversettelsen av innleiemodellen. Det var med andre ord ingen hierarkisk oversettelseskjede som fant sted, i form av en sentralt styrt implementeringsprosess. Initiativet til å hente inn innleiemodellen i form av ekstern innleie kom nedenfra i organisasjonen, noe som ga relativt store frihetsgrader i oversettelsen av modellen (jf. delkapittel 6.4).

Etter at enkelte sykehusavdelinger var i gang med å leie inn sykepleiervikarer, koblet Personalavdelingen seg på det aktuelle adopterings- og oversettelsesarbeidet. På samme måte som den anbudsbaserte ordningen med ekstern innleie, er også ordningen med intern innleie å anse som en lokal *tilpasning* eller et lokalt *produkt* av innleiemodellen. Samtidig gir det mening å betrakte intern innleie som et *eget* konsept, all den tid ordningen er basert på “en gammel idé” (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005). Allerede før man hadde begynt med ekstern innleie i sykehuset, gjorde Personalavdelingen forsøk på å få realisert ideen om intern innleie. Personalavdelingen har vært sentral i alt fra initiering, implementering, oversettelse og legitimering av denne vikarordningen i organisasjonen, og fremstår således som en sentral *institusjonell entreprenør* i den forbindelse. Slik enkelte av de personalansatte beskrev Personalavdelingens oppgave- og ansvarsområde, var det å ta initiativ til og iverksette ideer å anse som en opplagt del av avdelingens oversettelsesrolle:

Vi skal også være en innovatør, det vil si vi skal så nye ideer og introdusere nye ideer. Du kan si Vikartjenesten [intern innleie], budsjett- og arbeidstidsplanleggingen; dette er jo ting som er initiert herifra. Men det er jo forankret i [sykehus]ledelsen. I så store virksomheter så er det jo ikke alltid slik at fornuftige ting blir etterspurt av avdelingene, altså det kan være fordi de ikke kjenner til sine behov. Det kan være ting som man har utviklet andre steder i landet, andre steder i verden, så er det vår oppgave å forsøke å plukke opp ting fra andre steder. Og av og til så får vi kanskje tenke en smart tanke selv også. Men som oftest så er det jo å plukke opp ting og introdusere det. Og selvsagt å forsøke, så å si, å selge det inn og forankre. Så det og er jo en viktig oppgave for vår del, for en HR-avdeling. Det å ture og ligge litt i forkant og introdusere nye verktøy (ibid.).

7.4.1 Personalavdelingen som planlegger og iverksetter av intern innleie

Selv om ideen om intern innleie ikke var av ny dato, ble den først realisert *etter* at sykehuset hadde inngått en anbudsbasert avtale om (ekstern) sykepleieinnleie. Dette er ikke tilfeldig. Sykehusets bruk av ekstern innleie viste at flere sykehusavdelinger hadde behov for bedre tilgang på sykepleiervikarer. Med en intern ordning for sykepleieleie regnet Personalavdelingen med å *redusere* bruken av ekstern innleie i organisasjonen, noe som ble ansett som økonomisk gunstig. Samtidig ble det antatt at en intern vikarordning ville forbedre sykehusets forhandlingsposisjon overfor vikarbyråbransjen. Dette synspunktet hadde bakgrunn i en

antakelse om at dersom sykehuset ble mer *selvforsynt* med vikarer, ville de private vikarbyråene anstrenge seg ytterligere for å få sykehuset som kunde. Dette ville, ifølge Personalavdelingen, føre til at sykehuset ville få et økonomisk sett *rimeligere* tilbud på ekstern innleie. En delvis løsrivelse fra det private utleiemarkedet for sykepleiere ble videre antatt å frigjøre sykehuset fra det grep som NSF hadde sikret seg over deler av dette markedet. Et sentralt moment i dette var NSF's tariffavtaler med et utvalg vikarbyrå (jf. delkapittel 5.4). I Personalavdelingen var man skeptisk til avtalene, som ble vurdert som en uryddig innblanding av NSF i utleiemarkedet.¹⁰¹

På den tiden hadde du også en annen problemstilling som gikk på sykepleiemangel, eller det NSF *hevde* var en sykepleiemangel. Vi var jo ikke helt enige med NSF den gangen om at det var stor mangel, i 2002, men NSF brukte jo denne påståtte sykepleiemangelen som et argument for å heve lønningene til sykepleierne betydelig. Det var *det* de tjente mest på. De la jo frem tall for NAVO og andre, jeg husker ikke helt, men det var snakk om flere tusen stillinger som de mente man manglet. At man manglet flere tusen sykepleiere. Men i den forbindelse så ble det opprettet en masse private byråer. [...] Det ble lovlig å leie ut sykepleiere. Og det og gjorde det jo enda mer aktuelt å opprette et eget byrå, som en motvekt mot disse private byråene, for vi så en tendens til at man fikk en monopolisering innenfor det [utleiemarkedet]. Og NSF dikterte betingelsene. Og vi var redd for at foretakene her kom i en vanskelig forhandlingsposisjon dersom man ikke tok et større selvstendig ansvar for det å ha nok [sykepleier-]ressurser til enhver tid [...] Vi var redd for, og var bekymret for, at disse vikarbyråene skulle få en for sterk posisjon. Men vi har aldri vært motstandere av vikarbyrå, men vi mente vel at [helseforetaket], eller *jeg* har i alle fall ment hele tiden at [helseforetaket] burde kunne dekke mye av dette *selv*, og eventuelt bruke private byråer som et supplement (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Slik Personalavdelingen vurderte det, burde en intern ordning for sykepleieleie etableres som *et foretrukket alternativ* fremfor ekstern innleie og 100 prosent overtid. Hovedbegrunnelsen var at intern innleie ville være økonomisk rimeligere i bruk enn disse to andre ordningene.

Jeg tror tanken den gangen, [da Det interne vikarsenteret ble etablert], var at vi manglet folk. Altså at vi ville ha en 'pool' å ta av. Jeg tror det var hele kongstanken; det at vi skulle ha noen egne ansatte, og det at vi så at det ble dyrt med [ekstern] innleie. Fordi den gangen så manglet det folk overalt. For bare fire-fem år siden, da manglet det folk overalt, og da måtte vi *bare* få inn noen hender rett og slett, og så tenkte vi at vi kanskje skulle få det litt billigere (S11, Ansatt Personal, intervju 27.09.2005).

Jeg tror at etableringen kom fordi at det var vanskelig å få tak i sykepleiere den gang. Det var vanskelig å få tak i spesialsykepleiere. Det ble brukt mye eksterne byrå og de var dyre. [...] I utgangspunktet så var det dyrt å leie inn fra eksterne byråer. [...] Den andre viktige biten, av å starte sitt eget byrå, var å prøve å redusere 100 prosent overtid. Indirekte, også å få en indikator på eventuell reduksjon av sykemeldingsnivået. En tredje sak er at det ikke er lov til å gå med huller i turnus; kjøre ulovlige turnuser. Tanken er/var at disse [interne] vikarene skulle gå inn og jobbe der

¹⁰¹ De vikarbyrå som sykehuset inngikk anbudsbasert avtale om sykepleieinnleie med, våren 2002, hadde *ikke* tariffavtale med NSF. Ifølge en av de personalansatte ønsket ikke sykehuset å ha avtale med såkalte NSF-byrå. Vedkommende fortalte videre at "Sykepleierforbundet mistenkte [sykehuset] for å velge de byråene som ikke hadde tariffavtale med Norsk Sykepleierforbund" (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

det manglet folk, inntil nyansettelser. Den fjerde viktige faktoren, er at vi vet det brukes veldig mye tid på å sitte og ringe etter ekstravakter. Jeg tror vi har redusert dette på mange avdelinger. Avdelingssykepleierne skulle rett og slett få frigitt tid til å gjøre det de skal gjøre som avdelings-sykepleiere, istedenfor å sitte og ringe etter eksternt [personell] (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

Etter at Personalavdelingen hadde fått klarsignal om å etablere ordningen med intern sykepleieleie, ble det ansatt en prosjektleder og en prosjektmedarbeider for dette formålet. Deres arbeid med å få i stand en intern vikartjeneste for sykepleiere, lik den sykehuset alt hadde etablert for merkantilt personell (VISS-prosjektet), hadde oppstart i september 2002:

Vi hadde et ganske vidt mandat; vi skulle etablere en intern vikartjeneste etter VISS-modellen. [...] VISS er den interne skrive-tjenesten. [...] Etter den modellen, med fast tilsatte [sykepleiere] (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

Ifølge prosjektlederen var det av vesentlig betydning å få sykehusavdelingene til å bruke intern innleie fremfor ekstern innleie og 100 prosent overtid, siden dette var den rimeligste løsningen. En reduksjon i overtidsbruken ble videre ansett som et gode siden overtidsarbeid kan være belastende for arbeidstakerne:

Vi i den interne vikartjenesten vi konkurrerer med 100 prosent overtid internt. Vi er et rimeligere alternativ enn 100 prosent overtid blant de fast ansatte inne i avdelingen, slik at man får redusert slitasje og merarbeid på den enkelte sykepleier inne i avdelingen (ibid.).

For å *informere* om planene for den interne vikarordningen, og få *innspill* på hvordan denne best burde fungere, brukte de to prosjektansatte tid på å besøke ledere ved forskjellige enheter i organisasjonen. De inviterte seg selv inn i sykehusavdelingene for å møte avdelingsleder, oversykepleier(e), avdelingssykepleiere, og andre nøkkelpersoner:

Når vi begynte i Kompetanseservice¹⁰² så gikk vi rundt til avdelingene og spurte dem, nettopp fordi vi hadde et rimelig bredt mandat: 'Hva skal vi være for dere? Hva må vi være for at dere skal ta oss i bruk? Hva må vi kunne gi dere? Når er vi god for dere?' Og dette tok vi vare på. [...] Dette var når vi var helt i oppstartfasen ... Vi startet opp medio september ... Vi besøkte *alle* avdelingene. [...] Vi gikk rundt i avdelingene, samlet informasjon, *masse* input for at vi skulle kunne gi litt utput: 'Hvordan skal det formes? Hva er godt for [helseforetaket]? Hvordan kan [helseforetaket] benytte oss?' Og; 'hvordan kan vi lage dette konseptet slik at foretaksledelsens forventninger og intensjoner blir møtt, samtidig som kundene/avdelingene får det de har behov for?' Og så er det vikarene: 'Hvordan kan vi rekruttere, men samtidig ikke skape konkurranse internt? Hvordan kan vi få aksept for og motivasjon for å bruke oss?' Det planleggingsarbeidet det tar litt tid (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

¹⁰² Kompetanseservice, forkortet KomSe, er både navnet på det aktuelle prosjektet og på det interne vikarsenteret for sykepleieleie. Kort tid etter oppstarten av senteret, ble det slått sammen med sykehusets merkantile vikar-/utleieordning (VISS).

I dialog med lokale ledere ble det lagt vekt på å avklare hvilke former for *sykepleierkompetanse* et internt vikarsenter burde ha tilgjengelig for at de skulle kunne bruke senteret:

‘Hva må vikarer hos dere kunne? En som skal være en god vikar hos dere, hva må hun kunne?’ Noen steder var det; ‘ja, noen ganger så har vi bruk for en god generalist, en sykepleier som bare er god på sykepleie, for da kan vi frigjøre ressursene til å gå på de spesielle tingene for vi kan ikke forvente at vikaren kan det’. Og noen steder så sier de; ‘ja, hun må kunne sånn og sånn og sånn og sånn. Dette må hun kunne’. Veldig spesialisert; ‘dette må hun kunne’. [...] Jeg noterte etter hvert som vedkommende snakket ... Altså det er ikke første gangen jeg gjør dette, så hvis det er noe som er uklart for meg så ringer jeg og spør: ‘Hvordan var det der?’ For å få dette rett og riktig slik at jeg har en oversikt over hva avdelingene trenger: ‘Vil det være godt for dere, når dere bestiller et oppdrag, at dere samtidig kan skrive ned hvilken kompetanse?’ ‘Ja, det var en god idé’. Ja, vi skal ikke bare si at vi skal ha en spesialsykepleier, eller bare si at vi skal ha en sykepleier, men hva som er innholdet i jobben. Hvilket oppdrag? Skal hun være gruppeleder? Skal hun sitte fastvakt ved en dårlig pasient som har intravenøst og sentralvene-kateter, spinalsmertepumpe? Altså, hva skal hun gjøre og hvilken kompetanse må hun ha? (ibid.).

I tillegg til å snakke med ledere i sykehuset, kontaktet de prosjektansatte en rekke aktører i sykehusfeltet for øvrig. Dette var personer som de tenkte kunne ha nyttige erfaring med, eller innspill i forhold til, den vikartjenesten som skulle bygges opp. Bl.a. ble enkelte norske, danske og svenske sykehus kontaktet.¹⁰³

[Vi] samlet erfaringsdata andre steder fra, både internt i landet og eksternt. Vi var i Danmark og vi var i Sverige og besøkte tre ulike [sykehus]. Ett hadde erfaring i 3 år, ett i 20 år og ett i 30 år. [Vi spurte:] ‘Hva var godt og hva var ikke godt? Hvor var dere?’ Og; ‘hvordan tenkte dere? Hva var bakgrunnen for at dere ble satt i gang?’ [...] Det var ulik bakgrunn for å iverksette disse interne vikartjenestene. [I tillegg til å] hente erfaringsdata fra utlandet, ringte [vi] over hele Norge. Altså, de større interessante sykehusene og de mindre som vi vet ligger litt framme. De tok vi kontakt med: ‘Har dere noe lignende? Hva slags erfaringer?’ osv. Og VISS her. Slik at vi gradvis fikk et bilde av hvordan vi ønsket at tingene skulle være (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

Basert på de ulike kartleggingsrundene, dannet de prosjektansatte seg et bilde av hvordan de “ønsket at tingene skulle være”. Et viktig moment var at sykehusavdelingene hadde behov for til dels svært ulik *sykepleiekompetanse* hos potensielle vikarer. Enkelte steder var det nødvendig at vikarene kunne utføre helt spesielle oppgaver, og dermed var mer eller mindre spesialiserte. Andre steder var det nok at en vikar var en “en god generalist”, i form av “en sykepleier som bare er god på sykepleie” (ibid.). For å få synliggjort denne typen forskjeller, ble sykehusavdelingene, i sine vikarbestillinger til Vikarsenteret,¹⁰⁴ bedt om å spesifisere

¹⁰³ Følgende sykehus ble kontaktet/besøkt: Nordland sentralsykehus, Ullevål sykehus, Sentralsykehuset i Akershus, Sentralsykehuset i Rogaland, St. Olavs Hospital, danske Bispebjerg Hospital, og svenske Universitetssykehuset i Lund (Intern dokumentasjon mottatt i 2003, fra S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret).

¹⁰⁴ Betegnelsen *Vikarsenteret* vil i fortsettelsen bli brukt synonymt med *Det interne vikarsenteret*.

ønsket sykepleiekompetanse. På den måten regnet man med å oppnå et godt samsvar mellom vikarens kompetanse og avdelingens kompetansebehov. I Vikarsenteret ble begrepet *kompetanseprofil* brukt for å beskrive både etterspurt og tilgjengelig sykepleiekompetanse:

Når avdelingene skal bestille oss – når våre kunder skal bestille et oppdrag gjennom KomSe¹⁰⁵ – så må de også si litt om kompetanseprofilen; hva skal vikaren gjøre? Hva består oppdraget i? Er det fastvakt på en døende pasient som man trenger en god sykepleiergeneralist, eller skal vedkommende være spesialist på Kosilator? Altså; man skal si noe om oppdraget, og så skal vi melde tilbake at vi har *en* som har jobbet der og der. Vi har en vikar, med navn, vedkommende har hatt opplæring i Kosilator, har den teoretiske bakgrunnen, men vi er interessert i at vedkommende får benytte den kompetansen og får opplæring som vil føre frem til en sertifisering. Så hun trenger å komme til. Altså, her må vi *jobbe* sammen med avdelingene for å få det beste resultatet, og *alle* vikarene har et ulikt ståsted og ulik kompetanseprofil (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

Sykehusavdelingene skulle være trygge på at de fikk den kompetansen de ønsket av en vikar. Vikarsenteret hadde målsetting om å følge kundene tett, og (om ønskelig) prøve å la de samme vikarene få komme igjen på oppdrag til enkelte sykehusavdelinger slik at vikarene og avdelingenes ansatte fikk anledning til å bli godt kjent med hverandre:

For avdelingene: 'Her har dere vikarer som kjenner systemene, som dere kjenner utseendet på, som dere kjenner fornavnet på, det er de samme som kommer igjen over tid, og det er fire stykker som 'server' din avdeling, som kommer og går'. [...] Jeg håper at vi skal klare å presentere og vise det gode. Og det er *en* ting vi mennesker er litt svak for, og det er å bli sett og bli hørt. Når vi 'server' disse avdelingene, så må vi ikke bare la vikaren takke for oppdraget og gå, men vi må være oppriktig interessert i avdelingen og ringe til avdelingssykepleier, ha kontakt med oversykepleier; 'hvordan opplevde dere det?'. [...] Det andre er det at vikartjenesten kommer avdelingene til gode, de [sykepleierne som jobber der] skal *slippe* å måtte gå hjem og vite at de kanskje blir oppringt. De skal forhåpentligvis slippe å måtte ta seg et glass vin når de kommer hjem for å kunne si at 'jeg kan ikke komme på jobb, jeg har drukket'. Eller lyge som en sa 'jeg har svigermor på besøk' eller at man har automatisk telefonsvarer (ibid.).

Målet var å få avdelingene til å betrakte Vikarsenteret som en ressurs, og de interne vikarene som gode hjelpere. For å oppnå dette ble det sett på som viktig at lønnsforskjellen mellom innleide og ordinære sykepleiere ikke var for stor, siden det kunne skape misnøye blant de ordinære sykepleierne.

Vi har laget en lønnsdifferanse som vi presenterer i avdelingene, slik at lederne – avdelings-sykepleierne – faktisk ser ... Altså, det er mye bedre å synliggjøre det og være veldig åpen og vise avdelingene, ellers blir det sånn 'skuling'. Altså; vi har gått mange runder, tro meg, før vi klarte å finne en lønnsprofil som var akseptabel. Vi gikk mange runder. Altså, vi skulle rekruttere, men ikke tømme avdelingene, vi skulle gi belønning for ubekvem arbeidstid, ja, den type ting. Men når du gikk inn på den enkelte dagvakt så vil det være veldig liten lønnsforskjell. [...] Det å ha 17 kroner

¹⁰⁵ Som tidligere påpekt (fotnote 101), er KomSe forkortelsen på navnet til Det interne vikarsenteret (Kompetanseservice).

mer per time enn hun som går 'på gulvet' en søndag. Og når vikaren kan si at 'jeg har 17 kroner mer enn deg per time fordi det er ubekvemt', altså det virker på en måte helt 'okay' og akseptabelt. 'Bare jobb du, du som springer på alle avdelingene, men jeg trives her. Jeg ville ikke kunnet jobbe slik som du. Så det er deg vel unt å ha de pengene' (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

7.4.2 Den nødvendige aksepten fra NSF lokalt

For å operere med en annen lønn for sykepleiervikarene i Vikarsenteret, var det helt nødvendig at NSF lokalt godtok planene. I tillegg til å samtykke i at sykepleierne i dette senteret fikk en annen lønnsavtale enn sykehusets øvrige sykepleiere, måtte forbundet gi sin anerkjennelse til at vikarene skulle kunne arbeide på andre – mer fleksible – måter enn det som følger av sykepleiernes tradisjonelle turnussystem. Uten en lokal særavtale om disse forholdene, mellom sykehuset og NSF lokalt, kunne ikke sykehuset etablere en intern vikarordning av den typen som Personalavdelingen så for seg. En mellomleder i denne avdelingen forklarte det slik:

Vi er avhengige av at vi har en lokal særavtale som ikke krever at sykepleierne våre skal ha en fast turnus, men vi gjennomsnittsberegner etter 12 uker og følger lover og tariffen på alle andre punkt. Det at man ikke har en fastsatt turnus er den viktigste årsaken til høyere lønn (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).¹⁰⁶

Den første særavtalen ble inngått i desember 2002. Ifølge den siterte mellomlederen, var de NSF-representantene som inngikk denne avtalen positive til planene om en intern ordning for sykepleiere. Ikke alle NSF-tillitsvalgte skal ha vært like positive til ordningen:

De som var med den gangen den lokale særavtalen ble gitt, i desember 2002, de var jo veldig positive til senteret. De har jo selvfølgelig sine innvendinger, men de var i utgangspunktet veldig positive. [De to som var] hovedtillitsvalgte den gangen, også var det hun som fremdeles sitter, [som] var skeptisk allerede den gang og mente at dette bare var en ny måte å tyne arbeidstakere på. Og den holdningen har hun vel egentlig vist hele veien etterpå (ibid.).

Den lokale NSF-tillitsvalgte som jeg intervjuet, stilte seg positiv til den interne vikarordningen, som ble betraktet som et langt bedre alternativ enn ekstern innleie og et egnet tiltak for å skaffe sykehusavdelingene kvalifiserte ekstravakter. Et viktig moment i dette var at den aktuelle ordningen ble ansett for å ha potensial til å bedre arbeidshverdagen til dem som vanligvis har oppgaven med å sørge for en tilfredsstillende sykepleiebemanning; vanligvis

¹⁰⁶ Siden oppstarten av Vikarsenteret har de interne sykepleiervikarene arbeidet etter en tidskonto som åpner for at de kan jobbe 426 timer i løpet av en 12-ukers periode. I snitt utgjør det 35,5 timer per uke (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

avdelingssykepleiere. Den tillitsvalgte var videre positiv til ordning fordi vedkommende hadde tiltro til den ansatte prosjektlederen:

Altså, dette har jeg sagt ser spennende ut. Jeg vil heller ha et vikarbyrå som på en måte har kontrollen på sine egne, kvalitetssikrer dem, og har et system på det – og som tar seg av og 'server' avdelingene – istedenfor at den enkelte avdelingssykepleier skal sitte og kaste bort en halv stilling i telefonen på å ringe etter folk. Det er jo så bortkastet tid. Men altså primært så ville de [NSF], selvfølgelig, jo helst at man hadde nok folk i den enkelte avdeling. Men jeg er positiv til det og må bare se hvordan det fungerer. [...] Det er skikkelige forhold rundt. Sann som N.N. [prosjektlederen for Vikarsenteret] er jo en kjempedyktig dame, så jeg er helt overbevist om at hun får det der rimelig opp å gå. At det blir et system på ting. [...] Jeg er spent på det. Det må komme i gang så vi får se hvordan det virker. [...] Når det gjelder disse eksterne byråene, så tror jeg nok det at de vil bli mindre og mindre brukt, i hvert fall hvis KomSe blir vellykket (Tillitsvalgt i NSF, intervju 18.03.2003).

Av den første særavtalen fremgikk det at timelønnen for interne sykepleiervikarer var 17 kroner høyere, for en vanlig dagvakt, enn det som var tilfelle for en ordinær sykepleier (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

I løpet av perioden som omfattes av sykehusstudien (2001–2006), har særavtalen blitt reforhandlet flere ganger. Etter hvert skal det ha blitt vanskeligere å få NSF's aksept for å videreføre avtalen. Tre år etter oppstarten av Vikarsenteret, skal NSF ha kritisert ordningen. Kritikken ble negativt mottatt av Personalavdelingen, som opplevde NSF som en vanskelig samarbeidspartner:

Det er viktig å få fram at det er vanskelig å drive vikarbyrå i offentlig sektor fordi i hvert fall NSF, [som] fagforbund, er veldig steil og sterk. De følger loven til punkt og prikke når de mener at det er riktig, men de er kanskje ikke fullt så nøye på andre tilsvarende saker. Da er/blir det vanskelig. NSF mener vikarene skal følge fastsatt turnus. Det er umulig å gjennomføre i vikartjenesten. [...] NSF er de som på en måte regner ut gjennomsnittsberegning, sann at [vi] på en måte kan tøye grensene i arbeidsmiljøloven til ytterpunktene: Minimum og maksimum. Både når det gjelder arbeidstid og fritid og hva det måtte være. Over en gitt periode, som du da gjennomsnittsberegner på. Og den er vi veldig avhengig av, for i det hele tatt å kunne fungere og være så fleksibel som vi er. Og du kan si at [i forhold til det] NSF ønsker for sine medlemmer, så 'matcher' vi på absolutt alt, bortsett fra på *en* ting, og det er at vi ikke har en fastspikra turnus på veggen som sier at 'Kristin skal gå de og de vaktene'. Det jo helt umulig å kunne drive et vikarsenter [slik]. Så jeg synes at NSF stikker veldig mye kjepper i hjulene på oss, for at vi skal kunne drive/fungere. [...] NSF er veldig lite fleksibel, og de tenker veldig mye at det skal være likt for alle. I stedet for at verden går fremover, og man prøver å tilstrebe en mest mulig individuell turnusordning for våre ansatte (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

I et annet intervju med mellomlederen ble det aktuelle samarbeidet med NSF omtalt slik:

Det som er viktig for senteret, og som kommer til å være helt nødvendig, det er at vi får videreføre eller endre vår egen særavtale. Det er helt nødvendig for å kunne drive Vikarsenteret: At vikarene

kan jobbe på samme måte som de gjør nå. For det er annerledes enn det andre sykepleiere gjør. Så vi er ikke kommet noe videre. Nå venter vi rett og slett bare på at NSF selv tar et utspill, for det er de som skal gjøre det (S9, Mellomleder Personal, intervju 09.12.2005).

Gjentatte ganger har Personalavdelingen klart å dra i havn den nødvendige særavtalen med NSF, noe som har lagt forholdene til rette for fortsatt rekruttering av sykepleiere til jobben som intern vikar. Den bestemte vikarjobben er i stor grad blitt ansett som en mulighet for sykepleiere til å tjene noe mer enn i et ordinært ansettelsesforhold, og til å ha stor grad av arbeidstidsfleksibilitet og varierte sykepleieroppgaver. I forhold til private vikarbyrå, har Vikarsenteret vært i stand til å tilby alle sine vikarer/ansatte stor grad av fleksibilitet på *en* og samme arbeidsplass. Dette har vært med å bidra til å gjøre jobben som intern vikar annerledes enn en jobb i vikarbyråbransjen:

De [private vikarbyråene] må bare stå på de ... Det er andre gulrøtter vi kan tilby. Faglig utvikling, kompetansepåbygging. Altså; jobbe på et interessant arbeidssted, ha gode pensjonsordninger, være en del av Helse Bergen: Den flotte arbeidsplassen Helse Bergen. [...] For vikaren [kommer] i tillegg måten å arbeide på, hvor man kan styre det meste selv. Vi sier ikke at de skal jobbe hver 3. helg, det ligger i bunnen at de bl.a. skal jobbe hver 3. helg, men de kan gjerne jobbe to halve helger. En sier at hun er alenemamma og ønsker å jobbe annenhver helg. 'Nummer 1: Jeg tjener mye bedre. Nummer 2. Så er han hos pappaen da. [...] Da føler jeg at jeg tar vare på han og så tjener jeg litt bedre og så får vi det litt romsligere og så kan jeg bestemme mye mer *her* hos dere enn jeg kan der inne [på den vanlige sykehusavdelingen]' (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

7.4.3 Rekruttering og opplæring av interne sykepleiervikarer

Den første utlysingen av stillingen som intern sykepleiervikar hadde søknadsfrist 1. januar 2003 og resulterte i 17 ansettelser. Siden ingen av de rekrutterte sykepleierne hadde spesialutdanning, ble det raskt foretatt en ny utlysing. Utlysingsteksten¹⁰⁷ spesifiserte at det var ønskelig med spesialsykepleiere, jordmødre inkludert, og sykepleiere med høy faglig kompetanse og allsidig jobberfaring. Jobben ble omtalt som en fast stilling ved sykehusets interne vikartjeneste. Om lag en måned før søknadsfristen gikk ut, kommenterte prosjektlederen for Vikarsenteret utlysingen slik:

Vi er spesielt interessert i å rekruttere spesialsykepleiere og jordmødre, og dermed så tar vi en ny runde [med utlysing], men vi rekrutterer også flere sykepleiere. [...] Vi ønsker spesialsykepleiere innenfor intensiv og flere innen anestesi, og gjerne også operasjon. Og vi ønsker jordmødre. [...] Vi er også på jakt etter spesialkompetanse, altså spesialkompetanseprofiler, slik at vi kan 'serve' flere avdelinger (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

¹⁰⁷ Jf. Helse Bergen: Utlysingstekst for stilling ved KompetanseService, søknadsfrist 31.05.2003.

Da Vikarsenteret startet våren 2003, var flere avdelings- og sykepleieledere innstilt på å få vikarbistand temmelig raskt. På grunn av vanskene med å rekruttere spesialsykepleiere til senteret, måtte imidlertid mange ledere innfinne seg med å vente med å ta i bruk ordningen. En av dem var oversykepleieren ved Intensivavdelingen:

Nå har de jo opprettet dette interne vikarbyrået. Men så vidt jeg har forstått så har ikke de rekruttert en eneste intensivsykepleier. [...] Jeg hørte om det på siste oversykepleiermøte og da hadde de ingen intensivsykepleiere som hadde søkt hos dem. [...] Vi tenkte jo at det kanskje ville bli en sånn positiv variant for oss da. De [vikarene] ville være ansatt i en 'pool' på huset, så kunne en på mye kortere responstid få inn [vikarer] ved behov. Men nå ser det jo ut, for vårt vedkommende, at det vil drøye i hvert fall (S1, Overspl. Intensiv, intervju 24.03.2003).

Også avdelinger hvor en primært ønsket å leie inn sykepleiere, til forskjell fra spesialsykepleiere, fikk i flere tilfeller beskjed om at Vikarsenteret var ute av stand til å hjelpe dem. Årsaken var at det tok tid å rekruttere også sykepleiere til den bestemte vikarjobben. Avdelingssykepleieren ved Nevrologen, som hadde god erfaring med ekstern innleie, kommenterte situasjonen slik:

I første omgang så fikk vi beskjed om at vi ikke var prioritert. Men da har oversykepleier tatt kontakt med KomSe og sagt at det kan ikke hun akseptere. Hun synes at vi bør inn under den ordningen. Men foreløpig så har de jo veldig lite folk rekruttert, og der krever de også en viss opplæring for å begynne hos oss. Det er jo folk som kanskje ikke har så mye erfaring på ryggen som Adecco-sykepleierne gjerne har. For de fleste fra Adecco har jo *lang* praksis fra tidligere, og tar ting veldig greit på sparket, men her så virker det som at hvis de [interne sykepleiervikarene] skal begynne hos dere så må de få så og så mye opplæring, og litt sånne rammer rundt, som gjør at vi foreløpig ikke har kunnet bruke dem (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

På Nevrologen var man beredt på å bruke tid og ressurser på å lære opp interne sykepleiervikarer, og var generelt positive til Vikarsenteret. Avdelingens oversykepleier uttrykte seg eksempelvis slik om den interne vikarordningen, våren 2003:

Vi hilser jo også veldig velkommen at vi får et internt byrå. Vi kommer med i det interne byrået KomSe etter påske [2003]. Det vil si at de er på jakt etter sykepleiere som ønsker å arbeide ved Nevrologisk avdeling. [...] Når sykepleierne blir ansatt i KomSe, så har vi sagt at vi stiller med opplæring til disse sykepleierne, slik at de kan få den kompetansen som de trenger med en gang. Det er sykepleiere med minimum to års erfaring. [...] Vi får beskjed når de er klare. Vi vil ha et par sykepleiere, eller vi må vurdere etter hvert hvor mange vi trenger, som kan arbeidsområdet her (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

Også ved Psykiatrisk divisjon var lederne forventningsfulle til det nye vikarkonseptet, og ønsket å prøve det så snart de fikk anledning til det:

Da vi fikk informasjon om dette tilbudet, så ble enhetslederne [avdelingssykepleierne] veldig glade. [...] Informasjonen har vi vært veldig fornøyd med, men på et eller annet vis så viser praksis seg litt

annerledes. [...] Enten så [har] de ikke ansatt *nok* folk, eller [så] dekker de kanskje et for stort område, i forhold til antall personer de har ansatt. Eller, noe som er sannsynlig, så er behovet vi har akkurat nå unormalt stort grunnet omorganisering. Våre forventninger kan ha vært for høye; at de skulle dekke mer [av vikarbehovet] enn de gjorde (S8, Ansatt Psykiatrisk, intervju 08.10.2003).

Samtlige sykepleieledere som jeg intervjuet i 2003 – året Vikarsenteret startet opp sin virksomhet – var positive til muligheten for å leie inn interne sykepleiervikarer. Oversykepleieren ved Nevrokirurgisk avdeling uttalte seg eksempelvis slik om ordningen:

Jeg synes det er helt greit, det er helt greit, så lenge de [Vikarsenteret] konkurrerer prismessig og vi vet at det kompetente folk ... Så jeg er mye mer positiv til det interne enn det som er ute [de private vikarbyråene], som er mer forretningsbasert. Noen gjør det for å tjene penger. Den interne er jo ikke gjort for det, det er jo for å hjelpe i en situasjon ved sykehuset ... Så det er litt forskjellig utgangspunkt på det (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

Flere sykepleieledere betraktet etableringen av den interne vikarordningen som et forsøk på å ta opp kampen med det kommersielle utleiemarkedet, fra sykehusledelsens side, og håpet at ordningen ville bli et fullgodt alternativ til ekstern innleie. Samtidig tvilte mange på at sykehuset ville klare å konkurrere med, eller for ikke å si utkonkurrere, private vikarbyråer som alt leide ut sykepleiere til en eller flere avdelinger i sykehuset. Personalavdelingen hadde tiltro til at dersom Vikarsenteret ble i stand til å tilby avdelingene en *kvalitativt* god vikartjeneste, med vikarer som hadde den rette kompetansen for den enkelte avdeling, ville avdelingene svare med å bruke intern innleie fremfor ekstern innleie. En viktig ingrediens for å oppnå dette, var å la de interne vikarene få avdelingsspesifikk *opplæring* ved avdelinger hvor det kunne være aktuelt for dem å bli utleid til. Det ble lagt opp til at en vikar, som var aktuell for en avdeling, gjennomførte et todagers *hospiteringsopphold* ved avdelingen, for på den måten å tilegne seg nødvendig innsikt i avdelingsspesifikke rutiner og systemer. Under oppholdet skulle avdelingen stille arbeidskraft til disposisjon til opplæringen, mens Vikarsenteret skulle ta de økonomiske kostnadene rundt ordningen.

Ettersom vi får vikarene inn, så sender vi dem på hospitering. [...] Det slipper avdelingen å betale for, det tar Kompetanseservice, men de må lære dem opp, de må ha en [sykepleier] der. [...] Vi lar vikarene begynne ett sted med det de kan, og så går de og hospiterer på de [andre] avdelingene. [...] Da gjør vi avtaler, nå har vi bl.a. en avtale med Hjerteavdelingen hvor vi nå har to vikarer for opplæring. Da er det en sykepleier som lærer opp disse to vikarene (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

I tillegg til å lære vikarene avdelingsspesifikke oppgaver og funksjoner, skulle hospiteringsordningen være et *arbeidsmiljøfremmende* tiltak. Ved å la et begrenset antall vikarer betjene et utvalg avdelinger, var tanken at sykepleiervikarer og ordinære sykepleiere skulle få god

anledning til å bli kjent med hverandre. Vikarene skulle ikke bli sett på som ukjente sykepleiere, men som sykepleiere som de avdelingsansatte kjente ansiktet og navnet på. I konkurranse med private vikarbyråer ble hospiteringsordningen sett på som et klart fortrinn for Vikarsenteret, siden den innebar en gylden mulighet for å vise frem de interne vikarenes faglige dyktighet:

Det vi skulle tilby, som kanskje ikke de eksterne [vikarbyråene] i like stor grad kunne tilby, det var kvalitet. Derfor la vi vekt på at vi skulle få inn de riktige folkene, de skulle hospitere, de skulle være gode. Ikke på hele sykehuset, men på et bestemt antall avdelinger som de skulle kjenne godt osv. Sånn at avdelingene skulle bygge et forhold til disse vikarene og føle at det var helt riktig at de ble brukt. Sånn at kvalitetsdimensjonen var jo sånn sett veldig viktig (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

I et *informasjonsskriv*¹⁰⁸ som ble utarbeidet om Vikarsenteret, og distribuert til ledere i sykehuset, ble momentet om at de interne vikarene skulle være *kjente* vikarer for kundene (sykehusavdelingene) fremhevet som en sentral målsetting. Det å “ha tilgjengelig kjente vikarer” handlet om å tilby en kvalitativt god vikartjeneste til sykehusavdelingene. Det samme kan sies om de øvrige målsettingene som var satt opp for den interne vikartjenesten:

- Å “ansette faglig dyktige og erfarne vikarer”.
- Å “ha tilgjengelig helsepersonell med den kompetanse avdelingene ønsker”.
- Å være i stand til å “dekke avdelingenes behov for vikarer på kort varsel, på enkelt-vakter, i kortere og evt. lengre vikariater”.¹⁰⁹

7.4.4 Intern innleie fremstilles som et *faglig og økonomisk* godt vikarkonsept

Informasjonsskrivet som ble laget om Vikarsenteret fremstilte intern innleie som en ordning som skaffer til veie *gode* vikarer til en *rimelig* penge. Til grunn ligger en kobling mellom den interne vikarordningen og, på den ene siden, faglige og kvalitetsmessige forhold, og, på den andre siden, et økonomisk aspekt. I informasjonsskrivet ble det påpekt at Vikarsenteret skulle skaffe avdelingene “tilgjengelig helsepersonell med den kompetanse avdelingene ønsker”, og at intern innleie er “et rimelig alternativ” i situasjoner som utløser et vikarbehov. I forbindelse med det sistnevnte, var det angitt at intern innleie var billigere å bruke enn 100 prosent overtid og ekstern innleie. I første versjon av skrevet var det i tillegg presisert at intern innleie var et

¹⁰⁸ Helse Bergen, KompetanseService: *KompetanseService, KomSe*. Informasjonsmaterieill datert 12.08.2003. Informasjonsskrivet kom senere ut i en noe redigert utgave: Helse Bergen, Vikarsenteret: *Vikarsenteret*. Informasjonsmaterieill datert 01.06.2005.

¹⁰⁹ Dette er formuleringer som brukes i både 2003- og 2005-versjonen av informasjonsskrivet om intern innleie (ibid).

rimeligere alternativ enn produktivitetsavtalen. Budskapet var at Vikarsenteret skaffer til veie faglig gode vikarer til en rimelig pris, og følgelig at intern innleie var en *faglig* og *økonomisk* god ordning. Informasjonsskrivet beskrev intern innleie som “et rimelig alternativ når posten har behov for vikarer ved – akutt sykefravær, sykemeldinger i arbeidsgiverperioden, avspasering og i ferier, velferdspermisjoner, kortere studiepermisjoner”.¹¹⁰ Beskrivelsen tegner et bilde av intern innleie som velegnet i situasjoner med fravær av egne sykepleier-ansatte, og med det som et egnet tiltak for å generere såkalt *numerisk stabilitet* (jf. kapittelevsnnitt 6.4.2).

Personalavdelingen hadde ingen problemer med å få oppslutning om budskapet om at intern innleie var en økonomisk sett rimelig og faglig god vikarordning. Intervjumaterialet viser at det var stor *tiltro* blant de ansatte til at den interne vikartjenesten kunne skaffe kompetente vikarer forholdsvis rimelig. Det var ingen informanter som satte spørsmålsteqn ved *nyttén* av en slik intern vikarordning. Dette atskiller seg fra hvordan flere sykepleieledere og sentrale administrative ansatte betraktet ekstern innleie, som med tiltakende styrke utover i den studerte perioden ble ansett som en kostbar måte å skaffe sykepleiere på.

7.5 Regeldannelse og sentralisering som svar på administrasjonens ønske om en *standardisert* og *kontrollert* bemanningspolitikk

Hvis de får KomSe-byrået opp å gå på skikkelig vis og de har godt kvalifisert personale så blir det vel til at det er det vi kommer til å bruke på sikt, tror jeg. Det tror jeg at sykehuset kommer til å **pålegge** oss også, mer eller mindre av **økonomiske** grunner (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003. Mine uthevinger i fet skrift).

Selv om Personalavdelingen var overbevist om at intern innleie var en god ordning, som i de langt fleste situasjoner var å foretrekke fremfor både overtid og ekstern innleie, var det ikke gitt at lokale ledere mente det samme. Prosjektlederen for Vikarsenteret bekymret seg nettopp for at intern innleie ikke ville bli tilstrekkelig institusjonalisert som ordning i sykehuset, noe som kunne bety at den ikke ville være levedyktig over tid. Så lenge det var ledelsen ved den enkelte avdeling/sengepost som skulle avgjøre om den interne vikarordningen skulle tas i bruk eller ikke ved enheten, mente prosjektlederen at det var høyst usikkert om ordningen

¹¹⁰ Jf. både 1. versjon av informasjonsskrivet: Helse Bergen, KompetanseService: *KompetanseService, KomSe* (datert 12.08.2003), og 2. versjon av informasjonsskrivet: Helse Bergen, Vikarsenteret: *Vikarsenteret* (datert 01.06.2005).

ville bli tatt i bruk i den grad som Personalavdelingen mente var riktig. Ordningens fremtid i organisasjonen var med andre ord betinget av lokale ledesers vurderinger og bruk av denne. Overfor sykehusledelsen uttrykte prosjektlederen bekymring over at den lokale myndigheten på bemanningsområdet var *for* sterk, og anbefalte å pålegge lokale ledere å kontakte Vikarsenteret ved behov for ekstra sykepleiere. Senteret skulle ha ansvaret for å skaffe sykepleiervikarer til sykehusavdelingene, som på sin side (kun) skulle ha i oppgave å melde inn aktuelle vikarbehov. Dersom Vikarsenteret ikke hadde tilgjengelig personell som svarte til en vikarbestilling, skulle det være senterets (til forskjell fra sykehusavdelingenes) oppgave å skaffe eksterne sykepleiervikarer med riktig kompetanseprofil. Et slikt sentralisert og standardisert opplegg for anskaffelse av sykepleiervikarer, ble lansert som et svar på “institusjonaliseringsgåten”, og dermed på faren for at avdelings- og sykepleieledere ville velge bort intern innleie til fordel for mindre gunstige vikar- og bemanningsordninger. Ifølge prosjektlederen skulle opplegget sikre at den interne vikarordningen ble institusjonalisert i en grad sykehusledelsen kunne si seg fornøyd med, og til at man oppnådde tilfredsstillende kontroll med organisasjonens samlede bruk av sykepleieinnleie:

Det vi så behov for allerede i oktober måned [2002] tror jeg det var da vi orienterte foretaksledelsen, da vi la frem dette, [det var å] problematisere litt rundt omkring dette [med] hvor uryddig det var hvis vi skulle ha en intern vikartjeneste [uten å vite] *hvem* [det var som] skulle ha mandat eller fullmakt og ansvar osv. i forhold til [det] å ringe Adecco eller ringe oss internt ... Altså; ‘skal det gå på om vi er leveringsdyktige eller ei’, sa jeg. ‘Eller skal det være fordi at man trives best med Adecco, fordi man kjenner Anne som jobber i Adecco og hun er så grei å ha?’ Ja; ‘hun er så grei å ha på vår avdeling, og de på [Vikarsenteret] kjenner vi ikke så godt?’ Altså; ‘her må vi være ryddig’, sa jeg. Og slik *jeg* ser det så må dette ligge hos [Vikarsenteret]. At i foretaket skal man først henvende seg til foretakets interne vikartjeneste, og hvis ikke de kan levere [sykepleiervikarer] så skal den interne vikartjeneste søke Adecco eller PowerCare, de to som vi har [innleie]avtale med. Da blir det ryddig (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

På spørsmål om sykehusledelsens respons på utspillet, forklarte prosjektlederen at sykehusledelsen var positiv til dette, men at igangsatte endringer i sykehusets organisasjons- og ledelsesstruktur gjorde det vanskelig for dem å vedta den foreslåtte sentraliseringen:

De [foretaksledelsen] synes det var en god idé, punktum. Per dato så er det ørlitegranne uavklart og grunnen til at det er uavklart er at vi har hatt en endring i organisasjonsstrukturen vår. Vi har et nytt organisasjonskart *igjen*. Tidligere så hadde vi divisjonsledere – nå er de vekke. Divisjonsledelsen, de var enige om at dette var ryddig: ‘Sånn gjør vi det!’. Men nå er de vekke, og nå er det enhetlige ledere [i sykehuset som] har et helhetlig ansvar for hele sin virksomhet. [...] Altså, det jeg sier er at man må adressere dette i foretaksledelsen *en* gang [til]. Det nye helseforetaket som sådan må ha en enhetlig holdning til det, mener jeg (S3, Prosjektleder for Det interne vikarsenteret, intervju 25.04.2003).

Omleggingen til *enhetlig ledelse* løftes her frem nærmest som selve *svaret* på hvorfor det *ikke* ble noe av sentraliseringsforslaget. Eller som prosjektlederen formulerte det: “Divisjonsledelsen, de var enige om at dette var ryddig”. “Men nå er de vekke, og nå er det enhetlige ledere” i sykehuset med “et helhetlig ansvar for hele sin virksomhet” (ibid.). Enhetlig ledelse er, som tidligere nevnt, en ledelsesmodell som norske sykehus ble pålagt å implementere fra og med 1. januar 2001. Med denne modellen skal det på samtlige organisatoriske nivå i et sykehus, være *en* ansvarlig leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for enheten (Gjerberg og Sørensen 2006a, 2006b; Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61; Ot.prp.nr. 10, 1998–1999).

Casesykehuset har, som de fleste andre norske sykehus brukt lang tid på å implementere denne ledelsesformen.¹¹¹ Prosessen startet med at enhetlig ledelse ble innført på avdelings-/klinikk-/divisjonsnivå, for deretter – i ulikt tempo – å bli innført på lavere organisatoriske nivå i sykehuset. I 2002, da sykehusledelsen ble presentert for det ovennevnte utspillet om sentralisering, var samtlige sykehusavdelinger (klinikker og divisjoner inkludert) formelt sett ledet av *en* ansvarlig leder, til forskjell fra to som tidligere.

7.6 Enhetlig ledelse av betydning for lokal sykepleiebemanning?

Fra myndighetenes side har enhetlig ledelse i sykehus vært tenkt som en erstatning for ordningen med *todelt ledelse*, hvor leger og sykepleiere leder sammen. Vanligvis har todelt ledelse blitt praktisert på den måten at hver sykehusavdeling har hatt en sykepleiefaglig og en medisinskfaglig leder. Enkelt sagt har *avdelingsoverlegen* hatt personalansvaret for legene og hovedansvaret for det medisinskfaglige og legeadministrative, mens *oversykepleieren* har hatt det øvrige administrative ansvaret, ansvaret for driftsmessige problemstillinger, det sykepleiefaglige ansvaret og personalansvaret for de ansatte som ikke er leger. Formelt sett har overlegen og oversykepleieren delt ansvaret for avdelingens administrasjon, drift, budsjettoppfølging og resultater (Gjerberg og Sørensen 2006b:1064; Mo 2006:245).

Ordningen med enhetlig ledelse innebærer at det skal være *en* leder ved hver organisatoriske enhet i sykehus, og at han/hun skal ha hele det oppgave- og ansvarsfelt som tidligere ble delt

¹¹¹ Innføringen av enhetlig ledelse har flere steder tatt ganske lang tid og det har bl.a. vært relativt vanlig å gjennomføre omleggingen gradvis eller etappevis (Gjerberg og Sørensen 2006a). Ifølge en rapport fra SINTEF Helse, hadde 87 prosent av sykehusene innført enhetlig ledelse i 2005 (Harsvik og Kjekshus 2007:23).

mellom overlege og oversykepleier. Flere forhold tyder på at det mange steder fremdeles er en slags todelt ledelsesform som praktiseres. Først og fremst er det mange legeledere, som i rollen som enhetlig leder, aktivt overlater eller delegerer det sykepleiefaglige og det administrative til sin assisterende, som ofte er en sykepleier. Selv ivaretar de det medisinsk-faglige ansvaret. Dette angir at enhetlig ledelse kun er tatt i bruk “på papiret” (Johansen 2008:50–51, 2009:71; Torjesen 2007:34).¹¹²

I sykehuset har omleggingen til enhetlig ledelse i stor grad pågått samtidig med de første utprøvingene og tilpasningene av innleiemodellen. På hvilke(n) måte(r) enhetlig ledelse blir praktisert på, har betydning for *hvem* det er som avgjør bruken av innleiemodellen og andre vikar- og bemanningsordninger i den enkelte sykehusavdeling. Den nye ledelsesmodellen indikerer – enda tydeligere enn tidligere – at det er den lokale ledelsen, ikke sentral-administrative enheter, som har ansvaret for utformingen av sykepleiebemanningen. Dette kommer av at det skal være den enhetlige lederen som har det overordnede ledelsesansvaret for sin enhet, noe som inkluderer ansvaret for sykepleiebemanning. For mange enhetlige ledere, titulert som for eksempel avdelings-, klinikk- og divisjonssjef, er dette et område som de ikke har kjennskap til fra tidligere. Flere kommer fra stillingen som overlege, og har vært vant til å lede sammen med en oversykepleier som har tatt seg av denne delen av ledelsesansvaret. At flere legeledere finner det hensiktsmessig å *delegere* bort ansvaret for områder som de ikke har erfaring med, slik sykepleiebemanning er et eksempel på, er forståelig.

7.6.1 Delegering av ansvaret for sykepleierekruttering og -bemanning

Blant informantene i sykehuset var det flere som påpekte at det var vanlig, og til dels også nødvendig og naturlig, at avdelingsledere delegerer bort ansvaret for sykepleiebemanning og -rekruttering. En personalansatt uttrykte seg slik:

Altså, ansvaret for å bemanne riktig til enhver tid – riktig kvalitet – det ligger jo på disse lederne; avdelingssykepleierne eller hva betegnelse de har. [...] Det er jo store avdelinger, med flere hundre ansatte, så det er klart det at en linje-II-leder [avdelingsleder] kan ikke gjøre alt dette selv [latter]. Så man har jo naturligvis delegert til seksjonsledere, avdelings- eller postleder eller avdelings-

¹¹² En undersøkelse viser at de nye avdelingslederstillingene i klar overvekt besittes av leger. I 2004 var 67 prosent av avdelingslederne leger, 28 prosent var sykepleierutdannet, mens kun 5 prosent av avdelingslederne var verken lege- eller sykepleierutdannet. Ved flere avdelinger hvor den enhetlige lederen er utdannet lege, er det opprettet en stilling som assisterende avdelingsleder, som gjerne besittes av en sykepleier. Ofte er det avdelingens tidligere oversykepleier som innehar stillingen (Gjerberg og Sørensen 2006b:1063–1064. Se også Gjerberg og Sørensen 2006a).

sykepleier. Det er jo helt nødvendig å gjøre. [Så] ansvaret, for å si det sånn, for å skaffe folk – rekruttere – det er jo aller mest delegert til for eksempel avdelingssykepleier.

Intervjuer: Og mye av det ansvaret var tillagt oversykepleier tidligere, ikke sant?

Jo, altså det har litt med enhetlig ledelse [å gjøre] og at oversykepleier, på de aller fleste avdelinger [av den grunn], har fått nye roller og ikke lenger er øverste administrative ansvarlige for disse avdelingssykepleierne. Så [da] har jo de avdelingssykepleierne fått et større ansvar enn de hadde før (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Omleggingen til enhetlig ledelse har gjennomgående ført til at avdelingssykepleiere har fått større ansvar, slik som ansvaret for sykepleiebemanning og -rekruttering. Avdelings-sykepleiere har ofte stor grad av autonomi i valg av vikar- og bemanningsordninger. I enkelte tilfeller eller ved enkelte steder har de imidlertid fått restriksjoner fra sin leder som begrenser valgfriheten. For eksempel kan en avdelingsleder ha bestemt at avdelingen skal unngå bruk av ekstern innleie, noe som betyr at avdelingens avdelingssykepleiere ikke har mulighet til å bruke denne vikarordningen. En viktig grunn for at avdelingsledere kommer med føringer av denne typen, er oppfatningen av at ekstern innleie er dyr i bruk. Av økonomiske hensyn bestemmes det altså at det ikke skal leies inn eksterne sykepleiere:

Avdelingssykepleierne styrer stort sett det meste, men på noen av klinikkene eller avdelingene så er nivå-II-lederen [avdelingslederen] mer inne og bestemmer hvordan de skal gjøre det. Og da følger de [avdelings-sykepleierne] det og det må man ha respekt for. [...] Noen er veldig strenge ved sykefravær: Det skal ganske mye sykefravær til før de skal innkalle ekstrapersonale i det hele tatt (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

Intervjumaterialet viser at det flere steder i sykehuset var i ferd med å etablere seg en praksis hvor avdelingsledere, som enhetlige ledere, delegerer ansvaret for sykepleiebemanningen til *avdelingssykepleierne* på postnivå. Avdelingens *oversykepleier* ble gjennomgående fratatt formell myndighet, slik som ansvaret for rekruttering og bemanning av pleiepersonell. Flere tradisjonelle oversykepleieroppgaver, slik som den som nevnes her, ble ofte overlevert avdelingssykepleierne. Fordi oversykepleier fremdeles er “i systemet” ved flere avdelinger, i rollen som for eksempel sykepleiefaglig rådgiver i avdelingslederens stab, rådfører gjerne avdelingssykepleierne seg (fortsatt) med (den tidligere) oversykepleieren i enkelte saker. Dette kan eksempelvis gjelde bruken av sykepleieinnleie. Videre kan arbeidsdelingen mellom avdelingslederen, som gjerne er lege, og (den tidligere) oversykepleieren ligge nært opp til den måten som todelt ledelse ble praktisert tidligere.¹¹³

¹¹³ I sin doktorgrad avdekker Mo (2006:86–87) at det var knyttet uro til implementeringen av enhetlig ledelse ved et større universitetssykehus. Dette handlet delvis om oversykepleierens plass i den nye strukturen, hvor det sentrale var at oversykepleierens posisjon var borte, men ikke den funksjon som de hadde ivaretatt. Den samme tematikken har vært belyst i fagtidsskriftet *Sykepleien*. I en artikkel her, fremgår det at oversykepleiere er den gruppen som mest føler den aktuelle omstillingen på kroppen, ved bl.a. å miste innflytelse/makt (Fonn 2002:10).

Ved de fem sykehusavdelingene i utvalget var det flere eksempler på at den nye ledelsesformen skapte en viss *usikkerhet* om de forskjellige “lederrollene”. Enkelte avdelings-sykepleiere fortalte om et uavklart forhold til avdelingens (tidligere) oversykepleier, bl.a. at det var uklart hvorvidt og/eller hvilken myndighet hun/han hadde overfor dem. Samtlige avdelings- og oversykepleiere ga uttrykk for at den nye ledelsesmodellen var forskjellig fra tidligere, hvorav flere kommenterte at det nok ville bli enda større forskjeller på sikt når ledelsesmodellen var skikkelig implementert. Mange uttrykte usikkerhet i forhold til *hvem* det var som skulle fungere som enhetlig leder på postnivå; avdelingssykepleiere eller post-overleger. Ved Nevrologien var denne formen for usikkerhet merkbart allerede i første intervju-runde i 2003. Avdelingens tidligere overlege hadde da gått inn i stillingen som enhetlig leder på avdelingsnivå, men det var fremdeles usikkert hvem som skulle fungere som enhetlige ledere på de forskjellige sengepostene:

Det som er her er at vi har en enhetlig leder som er overlegen vår, og at det er sagt at enhetlig ledelse skal helt ned på postplan. Det er ikke i boks om det skal være postoverlegen eller om det er avdelingssykepleier som skal være enhetlig leder på postnivå. Foreløpig så er det på diskusjonsplanet (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003).

Ansvar for sykepleiebemanning og -rekruttering var foreløpig delegert til avdelings-sykepleierne på postnivå. Hvorvidt dette var en praksis som kom til å fortsette var uvisst. At overlegen skulle begynne “å blande seg inn” i avdelingssykepleiernes håndtering av sykepleiebemanningen, ble vurdert som lite sannsynlig og høyst uønsket av den avdelings-sykepleieren som jeg intervjuet ved denne avdelingen:

Jeg vil nødig at overlegen blander seg inn i hvordan jeg driver pleiepersonalet, så det er delegert ned til meg. [...] Oversykepleier har ingen myndighet i det hele tatt. Hun er bare i stab. Det er direkte linje rett opp. All den tid at jeg har jobbet her i så mange år – og kjenner overlegen, og han vet hva jeg står for – så tror jeg ikke han blander seg borti det altså. Da hadde jeg blitt sint [latter] (ibid.).

Avdelingens oversykepleier fortalte samstemmende at det var opp til den enkelte avdelings-sykepleier å utforme sykepleiebemanningen ved egen enhet, og at det var avdelings-sykepleierne som skulle ringe etter ekstrapersonell:

Det er avdelingssykepleierne som vurderer hvor mye personale de må ha og om dette er forsvarlig i forhold til det pasientbelegget vi har. [...] Avdelingssykepleier skal jo ha fokuset på både pasient og personale; at det er tilstrekkelig personale og kompetanse, at det er forsvarlig, sånn at forholdsvis mye av deres tid da gikk med til å ringe (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

Under første intervjurunde (i 2003) var oversykepleierstillingen omgjort til en sykepleiefaglig rådgiverstilling ved to av sykehusavdelingene i utvalget: Intensivavdelingen og Psykiatrisk divisjon. Ved de øvrige avdelingene, Nevrologen inkludert, var det i både første og andre intervjurunde uvisst hva som kom til å skje med oversykepleierstillingen. Flere sykepleiere ved disse avdelingene ga uttrykk for at omleggingen til enhetlig ledelse var krevende, siden den forårsaket *usikkerhet* om innholdet i både oversykepleier- og avdelingssykepleierrollen. Avdelingssykepleieren ved Nevrokirurgisk avdeling beskrev det slik:

[Angående oversykepleierstillingene] så vet ikke vi hva som skjer. [...] Det har jo vært et vakuum siden jeg begynte her: 'Nå gjør vi det *sånn*!' Nei, så skal vi endre det. 'Nå gjør vi det *sånn*!' Nei, så skal vi endre det. Det har vært mye *endring* [...] Det er utfordrende. [...] Jeg vil nesten ikke tenke på hva endringene gjør med de forskjellige, verken personer eller oppgaver. Jeg tror vi tenker mer endring av oppgaver, enn endring av personer. [...] Administrasjonen *pålegger*, det er jo ikke noe som avdelingen har ønsket. [...] Enhetlig ledelse, og også alt som foregår på Lønnskontoet som kjøres ned i linje. Vi får jo ikke tilført ressurser fra Lønnskontoet, vi har fått verktøy som gjør at det er lettere enn før ... men vi må ha masse kursing for å kunne bruke det. [...] Motivasjonen og grunnen har vært den at de mener at den som sitter ytterst skal ha kontroll på det de leder, altså alt fra lønn, fravær, kurs osv. Men da burde man kanskje hatt mindre enheter? ... Altså de bruker jo det som argument [det med enhetlig ledelse]. Altså; både jeg og N.N. [oversykepleier ved Nevrokirurgisk avdeling] har jo stilt noen spørsmål om det, altså [hva] de er på jakt etter [med] innføring av enhetlig ledelse videre i organisasjonen? Og du får veldig lite svar på hva det egentlig er (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006).

Enhetlig ledelse fremstilles her som et uønsket administrativt tiltak, tenkt ut sentralt i organisasjonen. At det er en politisk initiert reform tydeliggjøres ikke, noe som kan tolkes som at informasjonen om ledelsesformen har vært mangelfull. Administrasjonen gjøres videre til skyteskive for manglende opplysninger om intensjonen bak enhetlig ledelse, og til dels også for den uro og usikkerhet som omleggingen har forårsaket. Det gjøres også et poeng av at en lokalt ikke får tid på seg, eller mulighet til, å lande mange av de samme endringene.

7.6.2 Fremveksten av en administrasjons- og økonomitung avdelingssykepleierrolle

Med omleggingen til enhetlig ledelse ble flere avdelingssykepleiere gjort *budsjettansvarlige* for egen enhet. Som følge av dette har de fått et større press på seg om å innlemme et *økonomisk* perspektiv i arbeidet. Avdelingssykepleiernes *mellomposisjon*, mellom det faglige kollegiet og sykehusadministrasjonen, er også blitt tydeliggjort og forsterket. Denne mellomposisjonen er, som påpekt av sosialantropolog Heidi Haukelien (2000:69–70), et viktig særtrekk ved rollen som avdelingsoversykepleier. Som avdelingssykepleier identifiserer en seg gjerne med “det faglige innerst inne”, noe som kan komme til uttrykk i en reservasjon fra det

å drive sykehus etter et butikkssystem, samtidig som en kan oppleve et sterkt press om og lojalitet til det å holde seg innen oppsatt budsjett.

Flere avdelingssykepleiere fortalte at de i deres nye lederrolle hadde begynt å vurdere, eller forsøkte å vurdere, sitt arbeid og sine prioriteringer fra et økonomisk perspektiv. Samtidig fremhevet mange av de samme lederne at dette ikke var særskilt for deres posisjon, men mer å betrakte som en generell tendens, som innebærer at sykehusansatte generelt er mer opptatte av økonomi enn tidligere. Utviklingen ble satt i forbindelse med den pågående forvandlingen av sykehuset som institusjon, slik to sykepleieleidere forteller om her:

Vi blir jo etterspurt på økonomi hele tiden. [...] Sånn som jeg har oppfattet det, så var det kanskje litt mer sånn tidligere, at du skulle jo holde budsjettene, men du fikk lettere tilgivelse. Hvis jeg kan si det på en sånn måte da. Det er liksom ikke sånn som noe du [bare] har hørt. Men i dag så må du holde budsjettene. Så du må planlegge og du må holde budsjettene. [...] Slik at du har liksom det riset bak speilet [ler litt]. Du føler liksom det puster deg i ryggen. Altså, hvis du ikke klarer å holde budsjettene. [...] Og det er klart det er mange som reagerer på det (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 09.12.2005).

Jeg tror at sykepleiere generelt, er generelt mer opptatt av det økonomiske, og det gjør vi jo litt bevisst også for å lære oss en tankegang, for det er jo ikke vanlig for helsearbeidere å tenke økonomi (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006).

Flere avdelingssykepleiere fortalte at de hadde liten eller ingen erfaring med det å forholde seg til tall, penger og regnskaper, siden det økonomiske ansvaret hadde blitt tatt hånd om av andre tidligere. Tradisjonelt har avdelingens oversykepleier og overlege delt dette ansvaret mellom seg:

I forhold til bevisstgjøringen rundt økonomi så var det jo [sånn at før vi fikk] enhetlig ledelse så var det jo en avdelingsoverlege som satt sammen med oversykepleieren. Så da var det *de* som drev med budsjett og de tingene der. Avdelingssykepleierne hadde veldig lite *tall* å forholde seg til (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Ved Psykiatrisk divisjon, hvor denne informanten arbeidet, ble det tidlig bestemt at avdelings-sykepleierne skulle fungere som enhetlige ledere på postnivå, med tittelen enhetsleder.¹¹⁴ Oversykepleierstillingen ble samsvarende omgjort til en sykepleiefaglig rådgiverstilling, noe som skjedde i 2003.¹¹⁵ Enkelte informanter ved divisjonen mente at avdelingssykepleierne i

¹¹⁴ Selv om avdelingssykepleierne har tittelen enhetsleder ved denne divisjonen, bruker jeg for enkelthets skyld tittelen avdelingssykepleier.

¹¹⁵ Psykiatrisk divisjon består av flere avdelinger og at jeg ikke har intervjudata fra samtlige av disse. Det kan derfor være forskjeller i forhold til implementeringen av enhetlig ledelse ved forskjellige psykiatriske avdelinger, som ikke fanges opp av mine data. Jeg har intervjuet ansatte ved tre sengeposter/seksjoner ved én psykiatrisk avdeling.

varierende grad hadde tatt innover seg det faktum at de etter omleggingen til enhetlig ledelse var blitt tildelt budsjettansvar. Dette ble sagt å være en konsekvens av at ikke alle avdelingsledere har nok tiltro til at avdelingssykepleiere har *interesse* for og *mulighet* til å undersøke økonomiske konsekvenser av egne (faglige) disponeringer:

Men etter det skiftet [med enhetlig ledelse] så er det klart at avdelingssykepleierne i *ulik* grad, om vi skal snakke om psykiatrien, har vært mer eller mindre flinke til å forholde seg til at de faktisk nå har *fått* et budsjett. For det spørs jo på hvor stor kompetanse dem som da ble satt til å lede, avdelingssjefene, [har]. [...] Hvordan er de i dialog med sine enhetsledere [avdelingssykepleiere] på det med økonomi? Blir det mer kjefting enn det blir å tilføre dem kunnskap, slik at de blir i stand til å styre økonomisk? (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Den psykiatriansatte var selv fornøyd med egen ledelse, som ble hevdet å være god på å oppnå “en bevisstgjørende og ansvarliggjørende dialog”, og villig til å gi avdelingssykepleierne “mye ansvar” (ibid.). Avdelingssykepleierne fikk heller ikke krass kritikk (kjeft) for eventuelle budsjettoverskridelser, men relevant informasjon i forhold til aktuelle økonomiske vurderinger:

Vi har ikke en ledelse som kjefter, det har vi ikke. [...] I stedet for å bli kjeftet [på] så får du *fakta*, og du får *tall*, og så må du gjøre noen vurderinger på det (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Fordi ikke alle avdelingssykepleierne skal ha vært like fortrolige med å ha blitt tildelt ansvaret for et budsjett, forsøkte enkelte å si fra seg dette:

Det er litt sånn personavhengig hvordan en forholder seg til det å sitte med et budsjett. Det er noen her som har fått delegert mer ansvar for et budsjett, men som vel ikke liker å ha det og som hele tiden ‘bakker seg’ med å delegere det opp i igjen. Men i utgangspunktet så ligger det jo til enhetsleder [avdelingssykepleier]. Stillingen er jo en budsjettansvarlig (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005).

I denne avdelingssykepleierens fremstilling av den nye avdelingssykepleierrollen, var det lite som minnet om enhetlig ledelse. For eksempel hadde ikke avdelingssykepleierne ansvar for inntak og utskrivelse av pasienter, noe som fremdeles var opp til postoverlegen å avgjøre:

Altså, problemet her er at jeg sitter med et enhetlig ansvar for driften av posten; totaldriften. Mens overlegen – postoverlegen – sitter med det medisinskfaglige ansvaret. Og der står du med en relasjon som i utgangspunktet gjør at det ikke er noen enhetlig ledelse i realiteten. Man sitter med ansvaret for budsjettet, men er på en måte fratatt en viktig del av myndigheten til å styre det, fordi inntak og utskrivelse av pasientene er det faktisk overlegen som avgjør i stor grad. [...] Hvis vi er uenige så må vi løfte det opp på neste nivå. Da må neste leder ta stilling til det. [...] [Der har lederen] på en måte et enhetlig ansvar og man må ha en sykepleie-/medisinskfaglig rådgiver. Skulle jeg hatt reelt enhetlig ledelsesansvar så måtte overlegen her ha vært min medisinskfaglige rådgiver, og så måtte

jeg ha stått ansvarlig for den avgjørelsen om en pasient skal ut eller inn. Sånn er det jo det fungerer i dag, lenger opp (ibid.).

Avdelingssykepleieren mente at det først og fremst var de mange *administrative* oppgavene som kjennetegnet den nye lederrollen, ikke det enhetlige lederansvaret. Dette er noe vi kjenner igjen fra hvordan avdelingssykepleieren ved Nevrokirurgisk avdeling beskrev sin rolle, en beskrivelse som vektla tilførselen av en rekke nye administrative oppgaver (jf. kapittelevsnitt 7.6.1). Mens enkelte av oppgavene var tradisjonelle oversykepleieroppgaver, var andre blitt tatt hånd om av sentrale administrative enheter tidligere: “Enhetlig ledelse, og også alt som foregår på Lønnskontoet som kjøres ned i linje. Vi får jo ikke tilført ressurser fra Lønnskontoet, vi har fått verktøy som gjør at det er lettere enn før ... men vi må ha masse kursing for å kunne bruke det” (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006). Avdelingssykepleieren ved Psykiatrisk divisjon snakket på sin side om å ha fått tilført oppgaver fra henholdsvis oversykepleier, sjefssykepleier og Personalkontoet:

Alle funksjoner, [slik] som hovedfunksjonen til Personalkontoet, hovedfunksjonen til oversykepleier, hovedfunksjonen til sjefssykepleier, sitter nå på meg. Og det de ‘server’ meg med, det må jeg gjøre selv. Pluss sekretærfunksjonen. Så det er fire funksjoner som er overført, som i hvert fall jeg har. [...] Det får den konsekvensen at det er andre ting så en må la være å gjøre som du gjorde tidligere. Du blir mindre til stede på posten, du blir mindre synlig, du må ta mindre del av det kliniske. Du blir mer en administrator, enn du blir en leder (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005).

Uttalelsen om at “du blir mer en administrator, enn du blir en leder” beskriver en lederrolle som vanskelig kan sies å være i tråd med prinsippet om enhetlig ledelse. Skal en avdelings-sykepleier fungere som enhetlig leder på postnivå, må han/hun ha *totalansvaret* for enheten. Fordi avdelingssykepleier ikke er utdannet lege kan dette ordnes slik at postoverlegen ansettes som avdelingssykepleierens medisinskfaglige rådgiver. Avdelingssykepleieren sa det slik: “Skulle jeg hatt reelt enhetlig ledelsesansvar så måtte overlegen her ha vært min medisinsk-faglige rådgiver, og så måtte jeg ha stått ansvarlig for den avgjørelsen om en pasient skal ut eller inn. Sånn er det jo det fungerer i dag, lenger opp” i systemet (ibid.).

For avdelingssykepleierne i Psykiatrisk divisjon var det også et annet moment som fratok dem suverenitet og myndighet som ledere, nemlig at eventuelle nyansettelser måtte godkjennes av avdelingslederen før en eventuell utlysing kunne skje. En informant beskrev praksisen som *tillitsknekkende*:

Samtidig så har man jo gjort dette helt festlige *igjen* da at direktøren [for Psykiatrisk divisjon] har bestemt at den enkelte arbeidsleder [eller] avdelingssykepleier [må gå til han] hver gang en eller annen går ut i såkalt stillingstopp. Hver gang en eller annen blir syk eller slutter, [og] man trenger å ansette noen, så skal man ta det til avdelingssjef og få signatur fra *ham*. At *han* går god for at den utlysingen *avdelingssykepleierne* nå gjør er innenfor det budsjettet som avdelingssykepleierne har. Og det er jo det optimale av ... For avdelingssykepleierne/enhetslederne, i hvert fall dem som jo er trofast til det [budsjettet], så er det jo klart at det oppleves ganske så tillitsknekkende det der ... Da har man *allikevel* tatt det ansvaret bort og sagt at 'vi har ikke tillit til at enhetslederne/avdelings-sykepleierne lyser ut stillinger som er innenfor budsjettet. Vi tror faktisk at det lyses utenfor budsjettet, så det må opp til kontroll'. Før var det jo helt opp til *direktøren*, men nå er det på avdelingssjefen. Så det er jo sikkert bare fordi man som helseinstitusjon skal kunne si at: 'Jo da, vi har gjort noen tiltak i forhold til å kontrollere at folk ikke bruker utenfor budsjettet. Vi sier at *to* sjefer må sjekke. Så vi har et kontrolltiltak' (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

De kontrollprosedyrer som beskrives her, viser at avdelingssjefen ønsker *kontroll* med avdelingssykepleiernes personaldisposisjoner. Ved å måtte godkjenne samtlige ansettelser får avdelingssjefen anledning til å sjekke om det er økonomisk dekning for hver av disse. Rutinen kan forstås som en konsekvens av at avdelingssjefen er usikker på om avdelingssykepleiere og andre underordnede ledere er i stand til å handle i tråd med økonomiske mål. Et viktig moment i så måte er det faktum at sykepleieres faglige verdisystem står i kontrast til den økonomisk-administrative verdens objektive, markedsorienterte nyttemaksimering og den materielle effektivitetstankegang. Grunnleggende verdier og rasjonaler i sykehusets faglige og administrative verden er, som påpekt av Melander (2001), fundamentalt *uforenelige*: "Det er tale om en dilemmasituasjon, hvor livsverdener, tankesæt, værdiopfattelser og handlingsrutiner står i klar modsætning" til hverandre (2001:278). I utgangspunktet er det sykehusets administratorer og økonomer som har til hovedoppgave å holde styr på utgiftenes utvikling, slik at budsjettrammen kan holdes (2001:276).

Innføringen av enhetlig ledelse har bidratt til å gjøre *økonomistyring* til en sentral lederoppgave også for faglige ledere, deriblant avdelingssykepleiere. Forventningen om en mer ansvarliggjort og bemyndiget ledelse lokalt kan se ut til å ha blitt forsterket av helseforetaksreformen som kom i 2002. Reformen har bidratt til at ledere, "[g]jennom tildelt budsjett [...]" blir innsatt i en direkte hierarkisk styringslinje fra regionalt helseforetak til lokale helseforetaks resultatenheter, dvs. enkeltklinikker og avdelinger" (Torjesen 2007:10).

I sykehuset snakket sykepleielederne om viktigheten av å skulle ta avgjørelser på basis av *både* (sykepleie-)faglige og økonomiske hensyn. At det å skulle integrere økonomiske hensyn i arbeidet var noe flere opplevde som både uvant og til dels svært vanskelig, fremgår tydelig

av følgende sitat hvor en oversykepleier svarer på spørsmål om hva det er som avgjør *når* det leies inn eksterne sykepleiere:

Hva som er forsvarlig og økonomiske rammer. Vi må hele tiden tenke økonomi, og det er ganske nytt for sykehusene, at vi må ha to tanker oppe i hodet samtidig [hun ler litt]. Vi tenker også i forhold til hvem vi bruker som ekstra; hvem vi henter inn som ekstrapersonell. Hva er den rimeligste løsningen, *men* [som] likevel har den kompetansen vi må ha? Så hvis vi kan unngå 100 prosent overtid, så gjør vi det. Men kompetanse og forsvarlighet er svært viktig. [...] Og så er det også [viktig] å ikke belaste det faste personalet for mye, slik at de kan gjøre en jobb de er i stand til og ikke bli for slitne (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003).

Som sykepleieleider har man i oppgave å vurdere både hvilken *kompetanse* som trengs i forskjellige situasjoner, og å forsøke å skaffe nødvendig kompetanse *rimeligst* mulig. Bruken av ekstern innleie er dermed gjerne ikke det første som faller en inn, heller ikke bruk av 100 prosent overtid, siden dette er ordninger som regnes for å være dyre i bruk. Samtidig var sykepleieleiderne enige om at det i *forsvarlighetens* navn kunne bli sett på som *riktig* å gjøre valg som økonomisk sett ikke er mest fordelaktige, all den tid det viktigste er å få tak i riktig kompetanse. Faglige hensyn skulle med andre ord gå *forut* for økonomiske:

Vi har jo jobbet ut retningslinjer for hvordan man rimeligst mulig kan få tak i personale i forhold til våre budsjettammer, men vi må tenke forsvarlighet, så av og til så må vi gå utover de rammene. Men da skal det være en avklart situasjon (ibid.).

7.7 Avslutning

Dette kapittelet har satt søkelys på Personalavdelingen, som en viktig administrativ oversetter i sykehuset. I denne avdelingen beskjeftiger de ansatte seg i stor grad med *kontekstualisering* av ideer, modeller og oppskrifter, noe som gjør avdelingen til en svært viktig oversetter i organisasjonen. Omtrent samtidig som ledere lokalt i organisasjonen tok initiativ til å begynne med ekstern innleie, begynte Personalavdelingen å engasjere seg for å få gjennomslag for sine forslag til oversettelser av samme vikarordning. Begge aktører ble kontaktet av vikarbyråer som ønsket å selge inn sin nye tjeneste i organisasjonen, noe som ga aktørene informasjon om ekstern innleie. Flere sykehusansatte tok videre kontakt med andre sykehus, for å høre om og dra veksler på deres erfaringer med den bestemte innleieformen. Slik kontakt ga grobunn for læring og imitasjon.

I Personalavdelingen var en tidlig overbevist om at ekstern innleie hadde potensial til å bli et faglig godt *supplement* til etablerte vikar- og bemanningsordninger i sykehuset, og da spesielt

til bruken av overtid. Som et første ledd i sin oversettelse av vikarordningen, satset Personalavdelingen på å etablere en *anbudsbasert* innleieavtale for sykepleiere med et fåtall vikarbyrå. Dette ble antatt å være et økonomisk smart valg av sykehuset og et riktig grep for å gi sentraladministrasjonen og toppledelsen bedre oversikt over og kontroll med den bestemte vikarpraksisen. Sett med Personalavdelingens øyne var det “litt rotete og ikke noe særlig hensiktsmessig forvaltning” at om lag “40, 50, 60 avdelinger som skal forholde seg til kanskje 10–15 byråer”. Alternativet, med “*en* avtale, med ett sett av priser, [hvor] alle parter vet hva man har å forholde seg til”, ble vurdert som et bedre alternativ, for bl.a. “å holde oversikt over kostnadsutvikling” (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005). Arbeidet med å få på plass en anbudsbasert avtale om sykepleieinnleie var drevet av en sterk tiltro til at en slik avtale ville være *både* en faglig og økonomisk god løsning for sykehuset, som bl.a. kunne resultere i økte DRG-poeng og dermed i større ISF-inntekter.

Da den anbudsbaserte innleieavtalen var klar, ble det utarbeidet enkelte *retningslinjer* for bruken av ekstern innleie i sykehuset. I henhold til disse skulle ikke denne vikarformen “erstatte bruk av ordinære vikarer, men være et supplement i vanskelige bemannings-situasjoner”. Den enkelte divisjonsdirektør skulle ha myndighet til å avgjøre “hvem som har fullmakt til å inngå avtale om innleie med vikarbyråene” i egen avdeling/divisjon/klinikk. Et viktig premiss for at sykepleieinnleieordningen skulle kunne brukes, var at dette fant “sted innenfor divisjonens ordinære økonomiske rammer”.¹¹⁶

Utover i adopteringsprosessen er det tydelig hvordan *det økonomisk-administrative rasjonalet* øker i betydning som legitimeringsbase i forhold til sykepleiebemannings organisering. Et uttrykk for dette er de begrunnelser og forklaringer som ble gitt for bruken av sykepleieinnleie og andre vikar- og bemanningsordninger. Et annet er de måter som ideen om sykepleieinnleie ble videreutviklet over tid. Eksempelvis kan etableringen av en anbudsbasert form for ekstern innleie, leses som et uttrykk for viktigheten av at sykehuset skaffet til veie sykepleiervikarer rimeligst mulig.

I sykehuset utviklet det seg etter hvert en tydelig forventning om at ledere skulle ta hensyn til økonomi, *i tillegg til* faglig baserte vurderinger, i deres arbeid; valg og prioriteringer. I markedsføringen av intern innleie gjorde Personalavdelingen et stort poeng av at denne

¹¹⁶ Sitater hentet fra følgende interne dokument: Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: *Interne retningslinjer for innleie av sykepleiere til Helse Bergen HF*, vedtatt 08.05.2002.

ordningen fungerte godt av både faglige og økonomiske grunner, og derfor burde erstatte bruken av enkelte andre vikar- og bemanningsordninger. Spesielt gjaldt dette bruken av ekstern innleie og 100 prosent overtid, som begge var dyrere å bruke enn intern innleie.

Selv om etableringen av den anbudsbaserte formen for ekstern innleie og den interne vikartjenesten var sterkt forankret i en administrativ oversettelsesarena, har det hele tiden vært lokale ledere som har hatt hånd om *kontekstualiseringen* av innleiemodellen på avdelings- og postnivå. Dette kommer av at det er lokale ledere som har avgjort hvorvidt ekstern og intern innleie skal prøves ut og praktiseres ved egen enhet. Disse lederne fremstår dermed som de sentrale *institusjonelle entreprenører* i det aktuelle adopterings-, legitimerings- og oversettelsesarbeid.

De to måtene å leie inn sykepleiere på, ekstern og intern innleie, kan begge betraktes som *varianter* av den modell (innleiemodellen) som først ble tatt i bruk i sykehuset våren 2001. Begge varianter er også utprøvd ved andre norske sykehus (jf. kapittelavsnitt 5.6.2). Det som særpreger casesykehuset er at det var forholdsvis tidlig ute med å etablere *både* en anbudsbasert avtale for ekstern innleie og opprette sin egen interne ordning for sykepleieleie. Også det at majoriteten, og i begynnelsen samtlige sykepleiere i Vikarsenteret hadde fast ansettelse, er karakteristisk for sykehuset. Selv om begge former for sykepleieinnleie kan anses som varianter av innleiemodellen, er det vesentlige forskjeller på de to. Som påpekt baserer bruken av ekstern innleie seg på et *trepartsforhold*, hvor 1) sykehuset besitter rollen som innleier og oppdragsgiver, 2) vikarbyrået innehar rollen som utleier overfor sykehuset og arbeidsgiver overfor sine sykepleiervikarer (ansatte), og 3) sykepleiervikarene har rollen som henholdsvis arbeidstaker (ansatt i vikarbyrået) og innleid vikar (i sykehuset). Dette står i motsetning til den interne vikarordningen, hvor vikarene er ansatt i en organisasjon som besitter både utleier- og innleierrollen. Den interne vikarordningen er ikke basert på noe samarbeid mellom sykehuset, som innleier av sykepleierarbeidskraft, og et vikarbyrå som utleier av den samme arbeidskraften. Vikarordningen har dermed heller ikke noe kommersielt tilsnitt, slik den eksterne vikarordningen har. Vikarene i den interne 'poolen' er direkte ansatt i sykehuset, og inngår dermed i et *topartsforhold* (arbeidstaker – arbeidsgiver). Siden interne vikarer har ansettelse i sykehuset er de *sykehusansatte* vikarer, til forskjell fra eksterne vikarer som er *innleid* arbeidskraft. Som innleid vikar innehar man det som er blitt betegnet som en *atypisk*

tilknytningsform for arbeid. Til sammenlikning har interne vikarer, som er direkte ansatt i sykehuset hvor de utfører sitt arbeid, et ordinært ansettelsesforhold.

Samtidig som den interne vikarordningen kan betraktes som en variant av innleiemodellen, slik denne først ble tatt i bruk i organisasjonen, gir det også mening å anse den som en konkretisering av en gammel idé. Da Personalavdelingen fikk aksept fra sykehusledelsen om å etablere en intern ‘pool’ for sykepleiere, var det flere i sykehuset som anså det som et gjennombrudd for Personalavdelingen som flere ganger tidligere hadde forsøkt å få i stand en slik ordning. Sykehusets adoptering av ekstern innleie virker å ha bidratt til at Personalavdelingen fikk mulighet til å utvikle ideen om en intern vikarløsning for sykepleiere, slik de ønsket. Sykehusets bruk av ekstern innleie kan videre se ut til å ha fungert som en inspirasjon i arbeidet med å etablere den interne vikarordningen. Dette er et arbeid som har paralleller til det Røvik (2007:315) karakteriserer som en *radikal* modus for oversettelse, slik denne kommer til uttrykk i organisasjoner og blant oversettere som har en tilbøyelighet til å anse seg for å være ubundet av oppskrifter som er “på reise”, og til å forsvare at de må ha stor frihet til å utforme egne lokalt tilpassede varianter av oppskrifter. Et markant kjennetegn er at oversetterne anvender oppskrifter som mulige inspirasjoner på egne konsepter, noe som kan komme til uttrykk i *lokale innovasjoner*. Det synes klart at intern innleie kan beskrives som en slik lokal innovasjon. Enkelte personalansatte beskrev da også seg selv eller Personalavdelingen som “en innovatør”, som har i oppgave å “så nye ideer og introdusere nye ideer” i organisasjonen (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

Selv om intern innleie kan betraktes som en innovasjon med base i Personalavdelingen, kan ikke forståelsen av at ordningen er et *produkt* av sykehusets bruk av ekstern innleie avvises. At opprettelsen av intern innleie først fant sted *etter* at man enkelte steder i sykehuset hadde begynt med ekstern innleie, må ikke ses på som noen tilfeldighet. Det synes opplagt at den eksterne innleiebruken trigget etableringen av en intern vikarordning med samme type personell som sykehuset leide inn fra private vikarbyrå. Hvorvidt den interne vikarordningen hadde kommet i stand *uten* at det først var blitt etablert et kommersielt marked for sykepleieleie er likevel vanskelig, for ikke å si umulig, å spå.

Kapittel 8: Sykepleieinnleie tar form som institusjonaliserte vikarpraksiser

8.1 Innledning

I løpet av de første årene sykepleieinnleie var i bruk i sykehuset, ble det som kjent dannet to konkrete varianter av ordningen: En anbudsbasert form av ekstern innleie og en intern ut- og innleieordning. Samtidig ble det i sykehuset innført et nytt ledelsessystem, enhetlig ledelse, som fordrer at hver organisatoriske enhet har *en* overordnet leder som har totalansvaret for enheten. Som det fremgår av forrige kapittel hadde sentraladministrasjonen ved Personalavdelingen motforestillinger mot at lokale enhetlige ledere skulle avgjøre hvorvidt og på hvilke måter sykepleieinnleie skulle brukes, og hvordan sykepleiebemanningen mer generelt skulle organiseres. Et viktig utgangspunkt var en bekymring for at den interne innleieordningen ikke ville bli brukt i tilstrekkelig grad – som en foretrukket løsning fremfor for eksempel ekstern innleie – og at dette kunne bety at ordningen smuldret hen. Ledelsesformen enhetlig ledelse hindret imidlertid sentraladministrasjonen i å ta mer styring over ledernes bemanningsarbeid.

Utover i adopteringsprosessen *normaliseres* bruken av sykepleieinnleie i sykehuset gjennom etableringen av rutiniserte og aksepterte praksiser for bruk av innleide sykepleiere. Flere sykepleieledere har tilegnet seg god erfaring med sykepleieinnleie i én eller flere varianter, og begynner å ta for gitt muligheten til å bruke dette ved behov. Likevel er det fremdeles til dels store forskjeller mellom forskjellige sykehusavdelingers og dermed lederes bruk av ekstern og intern innleie. Dette kapittelet omhandler bruken av sykepleieinnleie ved tre sykehusavdelinger – Nevrokirurgisk avdeling, Nevrologisk avdeling og Psykiatrisk divisjon – og hvordan aktørene her har forsøkt å produsere legitimitet om avdelingens innleiebruk. Det er nå *andre* del av adopteringsprosessen (våren 2003–2006) som står i sentrum for oppmerksomheten.¹¹⁷ Spørsmålet er hvilke(n) variant(er) av sykepleieinnleie som ble benyttet, på hvilke måter dette ble gjort, og hvordan anvendelsene ble begrunnet og forklart. Et annet spørsmål som søkes belyst angår Personalavdelingens ønske om økt innflytelse over bruken av og prioriteringen mellom tilgjengelige vikar- og bemanningsordninger i organisasjonen. Klarte Personalavdelingen å oppnå (større grad av) sentraladministrativ styring med sykepleie-

¹¹⁷ Det er gjennomført informantintervjuer med ansatte ved disse sykehusavdelingene i både 2003 og 2005/2006.

bemanningen, eller fortsatte den lokale autonomien på bemanningsområdet å gjelde like sterkt som (om ikke sterkere enn) før?

Som vi skal se ble det etter hvert en gjennomgående tendens til at både administrative og faglige ansatte, og dermed både personalansatte og sykepleieledere, la stor innsats i å forankre sykepleiebemanningen i faglige og økonomiske hensyn. En viktig drivkraft var at *det økonomisk-administrative rasjonalet* ble mer betydningsfull som legitimeringsbase i organisasjonen, utover i den perioden som er studert. Situasjonen bidro til at mange sykepleieledere ble mer opptatt av *økonomiske* forhold, og som følge av dette bestrebet seg på å legitimere sin bemanningspraksis og følgelig sine valg av vikar- og bemanningsordninger ved hjelp av også dette rasjonalet. Mange sykepleieledere så det som en utfordring og til dels også som et dilemma å skulle ta økonomiske hensyn *i tillegg til* de faglige. Kapittelet kaster lys over de måter som sykepleieledere ved de tre sykehusavdelingene håndterte og reflekterte omkring denne situasjonen – kjennetegnet av en forventning om å skulle ha to tanker i hodet samtidig, i form av fag og økonomi.

Sykepleielederne hadde til dels ulike måter å forholde seg til innleiemodellen, og det faktum at de på sett og vis befinner seg i et *spenningsfelt* mellom faglige og økonomiske standarder og prinsipper. Mens enkelte så det som utenkelig å benytte ekstern innleie, fordi de anså ordningen som for dyr i bruk, var hensynet til økonomi tonet ned hos enkelte andre sykepleieledere som primært la vekt på å skaffe kompetente vikarer i forskjellige situasjoner. Likevel var gjennomgangstonen blant de sykepleielederne som jeg intervjuet, at det hadde vokst frem et sterkt krav om at de i sitt arbeid og sine prioriteringer skulle forholde seg aktivt til *både* økonomi og fag. Mens bruken av intern innleie i flere tilfeller lot seg forklare med henvisning til både økonomiske og faglige hensyn, ble bruken av den eksterne innleievarianten også i fortsettelsen især koblet til det (sykepleie-)faglige rasjonalet og dermed legitimert ut fra faglige, kvalitetsmessige standarder. Av de tre sykehusavdelingene som det skal handle om her, var det kun Nevrologen som benyttet ekstern innleie da det i sykehuset ble startet opp en intern ordning for sykepleieleie våren 2003. Nevrokirurgisk og Psykiatrisk hadde på dette tidspunktet ikke leid inn, eller kun unntaksvis leid inn, sykepleiere fra private vikarbyrå (ekstern innleie). I løpet av 2003 begynte alle tre avdelinger med intern innleie. Nevrologen fortsatte også å bruke ekstern innleie.

8.2 Sykepleieinnleie som *faglig legitimt merforbruk*

Etter at man ved *Nevrologen* begynte med ekstern innleie i 2002, oppdaget man raskt at ordningen fungerte over all forventning. Sykepleiere og sykepleieledere var skjønt enige om at ordningen hadde faglige og arbeidsmiljø-/personalmessige gevinster, og definerte den følgelig som en *faglig legitim vikarløsning* (jf. kapittelavsnitt 6.4.2). Ordningen ble betraktet som et positivt tiltak for å forhindre belastende overtid og utbrenthet blant sykepleierne (S6, Sykepleier Nevrologisk, intervju 15.05.2003), og dermed som en ordning som tilrettela for at sykepleiere kunne gjøre jobben sin uten å “bli for slitne” (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 14.04.2003). Innleide sykepleiere ble gjennomgående sett på som “sosialt oppegående og faglige dyktige”, som gikk bra overens med både ansatte og pasienter (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003). Da den interne vikarordningen startet opp i 2003, var man i avdelingen ikke i tvil om at den eksterne vikarordningen fungerte bra og hadde stor nytteverdi. Man var blitt vant til, og komfortabel med, å leie inn sykepleiere fra Det tradisjonelle vikarbyrået, og blitt “ganske avhengig av eksternt innleid personell” (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 09.12.2005). Var man i manko på sykepleiere, ble ekstern innleie vurdert som et godt alternativ til overtid på egne ansatte og bruk av sykehusets ringe-/ekstra-vaktsentraler. Ordningen ble ansett som en faglig bra og lettvinnt løsning på flere bemanningsutfordringer som fordrer tilførsel av sykepleiepersonell.

Personalavdelingen fant det uheldig at enkelte sykehusavdelinger, på forholdsvis kort tid, hadde fått for *vane* å bruke ekstern innleie i flere tilfeller. Situasjonen ble ansett som en potensiell hindring for en tilfredsstillende adoptering av intern innleie i organisasjonen:

Noen avdelinger har jo allerede brukt Det tradisjonelle vikarbyrået veldig lenge. Og de har blitt så vant til det og har gjerne noen vikarer som går igjen. De føler på en måte litt at ‘jeg eier de’. Og det er jo gjerne grunnen til at de da ikke vil bruke oss [Vikarsenteret] så mye (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

I utgangspunktet skulle det ikke være noe problem for *Nevrologen* – som i første rekke leide inn ordinære sykepleiere, ikke spesialsykepleiere – å erstatte bruken av ekstern innleie med intern innleie. Som påpekt i forrige kapittel fikk ledelsen ved *Nevrologen* tidlig beskjed om at de i første omgang ikke var blant de sykehusavdelinger som kunne leie inn interne sykepleiere

fra Vikarsenteret (jf. kapittelavsnitt 7.4.3). Etter litt ventetid, ble det i juni 2003 anledning for avdelingen å ta i bruk intern innleie for første gang.¹¹⁸

Vi gjorde jo da litt sånn fremstøt for å komme med i KomSe i oppstartsfasen, og det lyktes vi med. Og vi var egentlig ikke prioritert i utgangspunktet. Vi hadde da samtaler med dem og sa oss villige til å gi kompetanseøkning, eller ha personell her på Nevrologen slik at de fikk kompetanse hos oss og slik at vi da igjen kunne bruke dem. Så sånn var det vel egentlig det startet opp (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 09.12.2005).

På samme måte som ekstern innleie, ble også bruken av intern innleie begrunnet med at grunnbemanningen på enkelte av avdelingens sengeposter var for knapp, og at øvrige vikar- og bemanningsordninger var ute av stand til å dekke det totale personellbehovet (jf. kapittelavsnitt 6.4.2). Om lag to år etter at den interne vikarordningen ble tatt i bruk ved Nevrologen, i 2005, var avdelingen og da særlig *en* av de nevrologiske sengepostene fremdeles blant de enhetene i sykehuset som i størst grad benyttet seg av ekstern innleie. Ifølge avdelings- sykepleieren ved denne sengeposten hadde ekstern innleie “fått fotfeste når det var så vanskelig å skaffe folk” (S5, Avdelingssykepleier Nevrologisk, intervju 24.10.2005). Fortrinnsvis ble det leid inn eksterne sykepleiervikarer for å ta hånd om respiratorpasienter:

Det som jeg har sagt i hvert fall, det er jo det at når vi får oss pålagt å ta pasienter på respirator, så er vi nødt til å ha en som sitter ved siden av sengen og gjerne to også i perioder. Vi må være rundt pasienten 24 timer i døgnet. Og vi har for lenge siden utredet at vi har behov for fem stillinger hvis vi skal klare å få det til, og de [stillingene] får vi aldri. Og dette her er pasienter som da koster oss en formue i form av [ekstern] innleie og det får jeg kjeft for på alle budsjettmøter – at nå har jeg brukt for mye penger og nå sist gang så var det vel en million kroner i overforbruk på vår post på en måned. [...] Jeg vil ha fem stillinger. Hvis du skal få døgnet til å gå opp med frie dager og ferie og alt. Det er vi blitt bedt om å utrede, og det har vi utredet, og den utredningen ligger i en eller annen hylle og det er ingen som bruker den til noen ting. [...] Ja, altså det er jo foretaksledelsen ... som må sette seg ned å si som så at; ‘vel, vel, hvis dere skal drive med denne type pasienter, så må dere faktisk ha flere folk’. Ellers så må de slutte å kjeft på oss fordi at vi er nødt til å leie inn folk. [...] Altså, det er jo vanskelig, vi får ikke lov til å ansette flere. [...] Det er ikke bevilgninger. Altså budsjettet for 2006 det skal ikke økes med flere stillinger, det skal gå i ...

Intervjuer: Men hvis du hadde økt antall sykepleiere så hadde du redusert den eksterne vikarbruken? Ja, visst hadde jeg det.

Intervjuer: Men du mener at de ikke ser det regnestykket, da? Ja.

Intervjuer: Kan du anslå hvor mye vikarbruk dere har? Er det vanskelig, eller?

Det er veldig vanskelig, for det at det er kjempemye i perioder og så er det så å si ingenting i andre, så det er veldig vanskelig å si (ibid.).

Bruken av ekstern innleie ble, som tidligere, begrunnet med en for knapp grunnbemanning, noe som var særlig fremtredende i de tilfeller hvor en hadde ansvar for respiratorpasienter. Dette hadde sammenheng med at det for denne pasientgruppen hadde skjedd teknologiske og

¹¹⁸ Opplysninger mottatt på e-post 31.01.2006, fra S-10, Personalansatt Det interne vikarsenteret.

medisinske fremskritt, som krevde mer ressurser i form av tid og kompetanse. I tillegg ble pasienter generelt og deres pårørende sett på som mer krevende enn før, noe som i enkelte tilfeller krevde økt bemanning:

Det [sykepleieinnleie] erstatter jo først og fremst de fem stillingene som vi aldri har fått. Som vi tross alt ba om for fire–fem år siden ... Grunnbemanningen vår er helt minimum ... Det skal veldig lite til der før vi er sårbare ... Og det har noe med at det er flere og flere som overlever etter en sånn skade. Den gangen vi startet så vi ikke for oss at det var mulig å overleve med respirator på den måten som det er i dag. Så den medisinske teknologien utvikler seg og, til det bedre for pasientene, [men] så følger ikke personalressursene med. Det ser vi både på legesiden og på alle sider. Vi kan gjøre mye mer for pasientene våre i dag, men vi har ikke personell nok til å gjøre det ... Det er jo veldig viktig at bemanningen står i forhold til det tilbudet vi faktisk skal gi. Og pasienter leser på Internett og følger med på alt som finnes av medisinske fremskritt, og stiller hele tiden spørsmål om når kan vi forvente oss å få den og den og den behandlingen. Og hvis vi ikke har personell som kan ta seg av det, så sakker vi jo akterut hele tiden (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

Om pasienter generelt kommenterte avdelingssykepleieren det følgende:

For tidligere så sto de [pasientene] litt mer med hatten i hånden og sa takk for hjelpen til alt mulig. Nå står de på kravene altså. Ingen skal komme og fortelle pasienter at ikke de følger med i timene og vet hva som er oppe og går når det gjelder nyere behandling. For da kan de slå deg i bordet med artikler fra Internett og i det hele tatt altså. Så du ser nok helt andre krav (ibid.).

Også avdelingens oversykepleier fremhevet at det var spesielle pasientgrupper, og da især respiratorpasienter, som hadde ført til at eksternt innleie hadde etablert seg som vikarordning ved avdelingen og da spesielt ved en av sengepostene. Uten mulighet for å øke den faste sykepleiebemanningen, så man ingen annen utvei enn å leie inn eksterne sykepleiere i enkelte tilfeller. Det sterke fokuset på økonomi i organisasjonen gjorde det imidlertid vanskelig å forsvare vikarbruken.

Men så kom kravet om nedbemanning, det var vel ved årsskiftet [2003–2004], og da ble det jo strengt med økonomi [...]. Det satte jo oss i en veldig vanskelig situasjon, spesielt på [den ene sengeposten], fordi at de var avhengig av ekstrapersonell i forhold til pasienter med respirasjonsproblemer. Vi har en grunnbemanning som ikke tar høyde for det. Slik at vi hadde den problemstillingen over lengre tid og var ganske avhengig av eksternt innleid personell. Vi brukte en god del Det tradisjonelle vikarbyrået, fordi de hadde høy kompetanse, de hadde litt spesiell opplæring på sitt personell, så de kunne serve oss på en veldig kompetent måte, og vi kunne bestille de og de [vikarene] som vi visste var dyktige, og de leverte veldig presist. De hadde god levering på personellet sitt altså. [...]. Det var ikke så veldig mange som hadde begynt med eksternt innleie. Vi var litt tidlig ute og vi hadde etablert en praksis på det (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 09.12.2005).

For avdelingssykepleierne innebar praksisen med innleie av eksterne sykepleiere at de brukte mye mindre tid enn tidligere på å skaffe kompetente vikarer. Dette var i seg selv et argument for fortsatt bruk av vikarordningen.

Det positive [med ekstern innleie] er jo, for min egen del, at jeg slipper å bruke tid på å sitte i telefonen og ringe til folk hele tiden. For det er så energikrevende og tappende og lite motiverende. [...] Jeg orker ikke å bruke all min energi altså. Jeg har mange andre ting som er mye viktigere ... Og når det gjentar seg og gjentar seg og gjentar seg, så vil det jo føre til at man må sitte og bruke 50 prosent av arbeidstiden på å ringe til alle de alternativene som sier; 'nei, vi har ikke tid' allikevel. Og det er klart at jeg kunne sikkert ha spart penger på å ha gjort det, men på bekostning av hva da? For det første så er det så frustrerende, og for det andre så ser jeg det som meningsløs bruk av tid, og for det tredje blir folk sure når du ringer. [...] Det er jo flere her som sier, at hvis de får telefon fra jobben; så svarer de ikke (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

Hensynet til egen arbeidssituasjon var ikke utslagsgivende når det kom til avgjørelsen om ekstern innleie skulle brukes eller ikke, men mer å regne som en ekstra gevinst. Det viktige var først og fremst at de sykepleierne som ble leid inn gjorde en god jobb, var faglig dyktige og at ordningen ble akseptert av sykepleiere og pasienter. Så lenge ordningen bidro til å opprettholde forsvarlig drift, god pleie og et godt arbeidsmiljø, hadde ikke avdelings-sykepleieren noen vansker med å forsvare praksisen. Det at ordningen kostet mange penger, var som tidligere av underordnet betydning. Avdelingssykepleieren prioriterte *faglige* interesser fremfor økonomiske. Bruken av ekstern innleie ble, som før, begrunnet med henvisning til kravet om *forsvarlighet*, hvorpå ordningen ble definert som et "*faglig legitimt*" *merforbruk*.¹¹⁹ Avdelingssykepleierens nærmeste overordnede, klinikksjefen, skal ha vært av en annen oppfatning siden han vurderte ekstern innleie som for kostbar i bruk. Som følge av dette skal avdelingssykepleieren til stadighet ha blitt kritisert for sin bruk av ordningen:

Jeg får kjeft på alle budsjettmøter; at nå har jeg brukt for mye penger og nå sist gang så var det vel en million kroner i overforbruk på vår post på en måned (ibid.).

Dette var en ny situasjon i forhold til tidligere, hvor innleiepraksisen var gått klar av kritikk fra avdelingsledelsen. Våren 2003 fortalte avdelingssykepleieren at ansvaret for sykepleie-bemanning og -rekruttering var delegert til avdelingssykepleierne på postnivå, og at dette nok var en praksis som kom til å fortsette. For avdelingssykepleierens vedkommende var det utenkelig at den fungerende avdelingslederen, som tidligere hadde vært avdelingens overlege, skulle begynne "å blande seg inn" i hvordan hun håndterte sykepleiebemanningen: "All den tid at jeg har jobbet her i så mange år – og kjenner overlegen, og han vet hva jeg står for – så tror jeg ikke han blander seg borti det altså. Da hadde jeg blitt sint [latter]" (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 07.05.2003. Jf. kapittelavsnitt 7.6.1).

¹¹⁹ Begrepet faglig legitimt merforbruk er hentet fra Melander (2001:282), som bruker betegnelsen på tiltak og ordninger som kan resultere i at budsjett sprenses. Det tenkes her på tiltak og ordninger slik som overtid, vikar-hjelp og merforbruk av medisiner og bandasjer.

Mot slutten av 2003 ble Nevrologisk og Nevrokirurgisk avdeling slått sammen til *en* klinikk, som fikk navnet *Nevroklubnikken*. I den forbindelse ble det ansatt en klinikkssjef, og det skal ha vært denne klinikkssjefen som kritiserte avdelingssykepleierens bruk av ekstern innleie. Avdelingssykepleieren ved Nevrologisk avdeling forklarte kritikken med at ekstern innleie hadde en høy prislapp. Siden klinikkssjefen måtte ta jobben med å forsvare budsjett-overskridelser overfor sykehusledelsen og sentraladministrasjonen, hadde avdelings-sykepleieren en viss forståelse for sjefens kritikk:

Han [klinikkssjefen] er vel bare nødt til å si det. Fordi at han sitter der med det budsjettet og det sprekker til stadighet, og han får nok sikkert påpakning ovenifra (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

På spørsmål om det var blitt et sterkere fokus på budsjettet, svarte avdelingssykepleieren på en måte som angav en viss sympati med klinikkssjefen som på sett og vis må stå til rette for utviklingen:

Ja. Hva var det han klinikkssjefen nå sa da, at han hadde inntrykket av at fokus i dag var mer sånn som det var hvis du skulle drive et meieri eller en enkel eggssentral. Altså, det var bare om å gjøre å tjene penger og kutte ned på kostnader og klemme ut måter å gjøre ting på (ibid.).

For avdelingssykepleieren var imidlertid ikke det tiltagende økonomiske fokuset, og de negative tilbakemeldingene fra klinikkssjefen nok til å slutte med ekstern innleie:

Jeg spør ingen før jeg ringer til Det tradisjonelle vikarbyrået. Det har jeg rygg nok til å bære selv. Hvis noen blir sur for det, så får nå de endelig bli det, altså. Det er nå meg som har dirigert og hatt ansvaret for at den kompetansen som vi trenger er til stede. Jeg får kjøft fra klinikkssjefen, litt for det at vi bruker for mye penger.

Intervjuer: Da kunne han ha sagt, at du må kutte det ut, ikke sant?

Det kunne han sikkert ha sagt, ja. Men det tror jeg faktisk jeg hadde satt stillingen min inn på og sagt at 'ok, da får du sørge for at noen andre gjør denne jobben' (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

Selv om avdelingssykepleieren hadde fått klar beskjed om å slutte med ekstern innleie, fortsatte hun å bruke ordningen. Hun forklarte selv at hun ikke så noe annet alternativ, så lenge ansvaret for respiratorpasienter krevde at antall sykepleiere på jobb ble økt opp. Selv etter at avdelingssykepleieren hadde formidlet dette til sin leder, ble hun kritisert for vikarbruken. Etter hvert ble avdelingssykepleieren ganske vant med kritikken, og til å forsvare den kritiserte vikarbruken:

Jeg har jo fått beskjed om å la være å gjøre det [leie inn eksterne sykepleiervikarer]: 'Nå må du forstå at du kan ikke holde på med det!'. Men, neida, jeg sier det at: 'Hva vil du jeg skal gjøre med

det?’ Så sier han det at: ‘Ja, men da må du finne en annen løsning’. Jeg sier: ‘Jeg har prøvd alle de andre løsningene og hva skal du gjøre da?’ ‘Ja, nei’ ... Da bare går han som regel. [...] Han har ikke noen løsning. Men det var det samme sist det var snakk om at vi hadde brukt så mye penger. Vi satt da sammen alle avdelingssykepleierne og alle legene på [senge-]postene, og vi fikk beskjed om at vi hadde brukt altfor mye og [...] jeg/vi måtte finne en løsning på det. Og så sa vi det at vi ser ingen løsning på det, annet enn at da får dere ta ut de pasientene som vi bruker så mye penger på. Da må vi slutte med respiratorpasienter. Og så svarte han [klinikkssjefen] meg ikke, og så ble det ikke sagt noe mer om den saken. [...] Det skjer jo ikke noe annet enn at det går en måned, så får jeg kjeft for jeg har brukt mye penger. Så det er jo ikke så rart at det preller av meg. Jeg skjønner ikke vitsen en gang altså, men det var litt spill for galleriet tror jeg: Kjeft på oss mens de andre hører på, for da har han [klinikkssjefen] i alle fall gjort det. [...] Men du blir så sur ... for du føler liksom at du på en måte blir dratt frem som den store stygge ulven hele tiden (ibid.).

At det noen steder er slik at økonomiske hensyn går på bekostning av faglige hensyn, inkludert pasientbehandlingen, var ikke avdelingssykepleieren i tvil om. Hun viste til at respiratorpasienter i enkelte tilfeller håndteres på en svært uetisk måte, noe hun relaterte til sykehusenes finansieringssystem, ISF.¹²⁰

Der er jo noe som heter inntektsstyrt finansiering. Altså, vi har ‘divergert’ pengene og vi får jo penger for våre pasienter, for det er noen som har satt en sånn takst. Og spesielt disse respiratorpasientene, de mer krevende pasientene, de kan være hos oss ett helt år. Så får vi ingen penger for dem, vi bare bruker kjempemye penger på dem. Det er helt absurd, det henger jo ikke sammen ... Det er meldt til departementet og det er meldt til myndighetene høyere opp i systemet, og noen steder har de prøvd å gjøre sånn at de rett og slett skriver pasienten ut når det har gått tre måneder, og så må de sendes til et sykehjem i fjorten dager, for å oppbevare dem et sted, og så ta de inn igjen. For da får de nye tre måneder. Men sånne ordninger har ikke jeg vært villig til å gå inn på. Vi har diskutert det fullt ut, at det ikke er etisk forsvarlig i det hele tatt altså. Og de som har prøvd seg på det, hvor det har vært veldig gjennomsluktig, de har fått smekk på fingrene for det. Det er ikke lov å drive på den måten (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

Dersom en leder er *lydig* overfor det sterke fokuset på økonomi, kan resultatet bli at en går på akkord med etablerte normer og faglige standarder. Taperne kan i verste fall bli pasientene.

Det kommer vel kanskje litt granne an på hvor lydig man er og hvor mye man tar innover seg at man får kjeft for det at man bruker for mye på budsjettet, og at man da kanskje faller i fare for å si at ‘ok, nå skal vi være greie gutter og jenter, også skal vi la være å bruke så mye penger. Og så skal vi ta inn mindre ekstravakter enn vi egentlig trenger, og vi skal ta inn [flere] billigere ekstravakter enn vi egentlig burde’. Om det ikke akkurat er lett for, så kan det i hvert fall utvikle seg en trend hvor det kan gå ut over pasientene. [...] Altså, i England har de jo bl.a. publisert studier hvor det har vært klar sammenheng mellom for dårlig utdannet personell og komplikasjoner, for eksempel lungebetennelse, urinveisinfeksjoner, trykksår og at man helt klart har kunnet sammenligne dette med at man hadde for dårlig kvalifisert personell. Og det er jo interessant å se på her i landet også, det er bare det at det er ingen som tar seg tid til å se på sånne ting. Og jeg er helt overbevist om at ute for eksempel på sykehjemmene er det altfor dårlig kvalitet på pleien, for det at de har altfor lite kvalifisert personell. Samme med psykiatri; masse ufaglærte som skal ta seg av pasienten, som skulle vært for kvalifisert personell (ibid.).

¹²⁰ Bakken et al. (2002:138) beskriver innføringen av ISF og DRG i sykehusenes som et forsøk på å konstruere medisinsk behandling som “lønnsom”.

Den kritikk som her rettes mot systemet og den tiltakende oppmerksomheten på økonomi, tydeliggjør avdelingssykepleierens *distanse* til budsjettet. Distansen er på langt nær så tydelig hos alle sykepleieledere. Det vanligste var å bestrebe seg på *å ha to tanker i hodet samtidig*. At dette var nytt og vanskelig var opplagt. Likevel prøvde de fleste sykepleieledere å integrere et (større) økonomisk fokus i det faglige arbeidet. Holdningen generelt var at det kan være fornuftig å være *mer* økonomisk i de prioriteringer som gjøres, og for eksempel unngå alle former for sløsing i forhold til bruk av materielt utstyr, vikar- og bemanningsordninger m.m. Det å betrakte økonomistyring som en selvfølgelig del av ledelsesarbeidet, ble et opplagt mål for flere.

Som angitt av Melander (2001:282), betraktes ofte *økonomitall* som meningsløse sett med fagfolkenes øyne. Budsjettet kan få en slags rituell og symbolsk betydning, som ensidige meldinger fra politikere og administrasjon. Slik jeg ser det, gir det mening å betrakte klinikk- og avdelingssjefer som oversettere av flere av de direktiver og krav som sykehusets øverste ledelse, sentraladministrasjonen og/eller myndigheter kommer med. Dette er ledere som beskjeftiger seg med å bearbeide og formidle budsjett, økonomiplaner og sparetiltak ut i egen organisasjon. Til hjelp i dette arbeidet har enkelte sykehusavdelinger, deriblant Nevro-klinikken, ansatt en økonomi-/administrasjonskonsulent. Et slikt tiltak er, ifølge Melander (2001:276), å betrakte som et forsøk på å flytte administrasjonen og økonomistyringen tettere på produksjonen.

Det er flere forhold som tyder på at bruken av ekstern innleie tok form som et *institusjonalisert* handlingsmønster ved Nevrologen. Av særlig betydning er forståelse av at den eksisterende grunnbemanningen er så knapp at en nær sagt er *moralsk* forpliktet til å sørge for at antall sykepleiere på jobb økes opp. Bruken av innleide sykepleiere fra Det tradisjonelle vikarbyrået ble på den måten koblet til den *normative* institusjonspilaren, hvor legitimitet oppfattes som moralsk betinget. I og med at denne vikarbruken etter hvert tok form som en tatt-for-gitt-handling blant flere av avdelingens ansatte, inkludert sykepleielederne, har også den *kognitive* institusjonspilaren aktualitet. Her tenkes legitimitet som en gjenkjennelig tatt-for-gitt-størrelse i form av både strukturer og handlinger (Scott 2001; Scott et al. 2000:238).

Sagt med March og Olsen (1995, 2004) har det ved Nevrologen vokst frem en *logikk om det passende* som inkluderer både kognitive og normative komponenter. De *erfaringer* som sykepleielederne her har tilegnet seg i forhold til ekstern innleie – når det passer å bruke ordningen osv. – angir den *kognitive* delen av institusjonaliseringsprosessen. Det sentrale i så måte er hva som anses som korrekte/riktige handlinger i en situasjon. Normative forhold spiller imidlertid også inn, i form av de måter som sykepleielederne definerer sitt ansvar og sin rolle. Med blick for hva som er forsvarlig, i form av en forsvarlig pasientbehandling og forsvarlig personalpolitikk, har ekstern innleie blitt brukt for å øke antall sykepleiere på jobb i flere tilfeller. Det at bruken av ekstern innleie etter hvert tok form som en *passende* handling for sykepleieledere ved Nevrologen, tydeliggjøres i følgende utsagn hvor den avdelings-sykepleieren som i størst omfang benyttet seg av ekstern innleie kommenterer hvordan ordningen er blitt mer legitim over tid:

Ja ... ja, det tror jeg ... Det er sikkert mange som prøver ut masse [andre] løsninger [først], men jeg har kommet inn i en trend. Jeg gidder ikke å bruke tid på det liksom (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

Bemerkningen om at “jeg har kommet inn i en trend” er en sterk indikator på den *vane-dannelsen* som har funnet sted i forhold til den bestemte vikarordningen. Gjennom vane-dannelse er vi mennesker selv med på å skape de samfunnsmessige betingelser som vi lever under. Handlinger som gjentas igjen og igjen skaper et mønster, en vane, som etter hvert kan reproduseres uten særlige anstrengelser. På den måten etableres det *rutiner* som kan bli så selvfølgelig at involverte aktører anvender dem uten nærmere ettertanke, og dermed uten “egentlig” å ta reelle valg i samtlige av de situasjoner som de står overfor (Berger og Luckmann 2000; Rossvær 1985).

Det synes klart at man ved Nevrologen fant det svært hensiktsmessig, tidsbesparende og enkelt å bruke ekstern innleie. Oppmerksomheten på sykehusets/avdelingens stramme økonomi gjorde det likevel ikke opplagt at avdelingen skulle få fortsette vikarbruken. Avdelingens øverste leder skal ha fått “påpakning ovenifra [...] fordi at han sitter der med det budsjettet og det sprekker til stadighet” (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005). Samtidig skal det sentralt i organisasjonen ha blitt arbeidet for å erstatte størstedelen av den eksterne vikarbruken med intern innleie. Avdelingssykepleieren ved Nevrologen var i 2005 klar på at ekstern innleie i utgangspunktet ikke ble foretrukket fremfor intern innleie. Samtidig var det klart at siden sykehusets interne vikarsenter ikke maktet å dekke avdelingens

samlende vikarbehov, ble ekstern innleie benyttet. Det var viktig for avdelingssykepleieren at man ikke gikk tilbake til slik ting ble gjort tidligere, før innleiemodellen ble tatt i bruk, og situasjonen var kjennetegnet av at hun brukte uforholdsmessig mye tid på å skaffe vikarer:

Altså, hvis KomSe utvider sånn at de klarer å dekke vårt behov, så for all del. Hvis det er billigere og de gir oss god service, så har ikke jeg noe sånt utpreget ønske om absolutt å bruke Det tradisjonelle vikarbyrået. Det har ikke med det å gjøre. Jeg har bare et ønske om at noen tar fra meg den jobben, så jeg slipper å slite med det (ibid.).

Da dette intervjuet fant sted i 2005 hadde Nevrologen praktisert intern innleie i om lag to år og ekstern innleie i tre år. Avdelingssykepleieren, som jeg intervjuet både i 2003 og 2005, var usikker på om avdelingens adoptering av intern innleie hadde bidratt til å redusere dens bruk av ekstern innleie i særlig grad. En viktig årsak til dette skal ha vært at Vikarsenteret, som nevnt, ikke evnet å stille opp med så mange sykepleiervikarer som avdelingen var i behov av:

De [i Vikarsenteret] har vel sagt at ikke det nytter altså. For i perioder hvor vi må ha, la oss si, 15–25 eller 30 vikarer inne på en uke, så sitter ikke de med de menneskene. Da ser du bare at, det er ikke ... for det at du har ikke noe valg (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

Oppfatningen om ikke å ha noe annet *valg* enn å leie inn eksterne sykepleiere, viser at denne vikarordningen oppnådde karakter av ikke bare å være en *mulig* problemløser, men en *opplagt* løsning i enkelte situasjoner. Dette betyr ikke nødvendigvis at ekstern innleie ble vurdert som det mest *ønskelige* valget i normativ forstand, men at det fremstår som et fullt ut *forståelig* valg i bestemte sammenhenger.

8.3 Tilpasningen av intern innleie til avdelingsvise behov

Etter å ha brukt intern innleie i om lag ett år begynte oversykepleierne ved *Nevroklinikken* (Nevrokirurgisk og Nevrologisk avdeling) å arbeide for å få på plass en mer skreddersydd, i betydningen bedre tilpasset og mer kontekstspesifikk, innleieavtale med Vikarsenteret. Det var ønske om at klinikken fikk reservert noen interne sykepleiervikarer, for på den måten å øke opp bruken av intern innleie på bekostning av ekstern innleie (Nevrologisk) og overtid (Nevrokirurgisk). Hensynet til avdelingens *økonomi*, og den mer spesifikke målsettingen om å håndtere vikarbehov på rimeligst mulig måte, var en viktig pådriver i prosessen. Over-sykepleier ved Nevrologen kommenterte det slik:

Etter hvert da så kom vi i dialog med KomSe, og vi begynner å tenke på andre løsninger. Og etter sommerferien 2004 startet vi opp med et prosjekt i samarbeid med KomSe, som heter stillingspool.

Det ble etablert. Det var jo en del forarbeid der – kontrakter og drøftinger med KomSe – [som gjaldt] hele Nevroklinikken; Nevrokirurgisk avdeling og Nevrologen [...]. Det endte opp med at vi fikk et samarbeid, som gikk ut på at de holder tre stillinger og vi *en* stilling, som gikk inn i dette prosjektet. De hadde en helt spesiell ‘*serving*’ på oss i Nevroklinikken, med disse stillingene. Vi tok på oss ansvaret for å gi dem [vikarene] kompetanse. [...]. Og målet med dette, det var jo økonomi. Det har jo vært veldig fokus på økonomi i 2004–2005, og vi fikk masse krav om nedbemanning. [...] Og det positive med det, hvis det er noe positivt ved det, er at vi ble presset til å tenke nytt. Og sånn sett så kan du si at det prosjektet, i samarbeid med KomSe, var en nytenkning (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 09.12.2005).

En mellomleder i Personalavdelingen omtalte prosessen på denne måten:

Nevroklinikken er vel en av de klinikkene i [helseforetaket] som har størst behov for ekstravakter, men også der varierer behovet. [Den ene nevrologiske sengeposten] er vel den som kanskje bruker aller mest [vikarer] i perioder, for de har ryggmargsskade som kommer inn og som skal ha overvåking/opptrening over lang tid. [...] Etter hvert skal noen ha hjemmerespirator. Pasientene her trenger overvåking og ofte fastvakt pga. angst etc. [...] Nevroklinikken så ganske fort at [Vikarsenteret] ikke ville klare å dekke hele behovet deres, så de ville på en måte lage sin egen ‘pool’. [...] Vi laget en avtale om at de skulle betale for tre hele stillinger og vi skulle reservere en fjerde stilling til Nevroklinikken (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

Ved Nevrokirurgisk avdeling ønsket man å redusere overtidsbruken ved å få til en mer omfattende bruk av intern innleie. Den eksterne innleieformen ble bare unntaksvis benyttet.

I begynnelsen så kartla jeg at det var et stort overtidsforbruk her og at vi hadde en del manko på en del stillinger. Jeg tok kontakt med KomSe og fikk en briefing i hvordan de kunne hjelpe oss. Så i begynnelsen brukte vi Komse, de [vikarene] som de kunne tilby oss, og ga disse opplæring. Så kom ideen om ‘hva om vi bruker en del av overtidsbudsjettet til at de kan garantere noen KomSe-vikarer; at vi har forsterket på dem?’ (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006).

En viktig fordel med å ha *faste* vikarer er nettopp det at de er faste; at det er de samme vikarene som kommer igjen på ulike oppdrag og dermed blir å regne som *kjente* folk: “Det som er fordelene med å ha den ‘poolen’ som vi har, [er] at der er kjente [folk/vikarer]. Ja, så vi får de samme [vikarene hver gang]. [...] Det er faste folk som går til oss” (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 10.01.2006). Dette opplegget tilrettela for at ledere og ansatte ved avdelingen ble trygge på vikarenes *kompetanse*, og følgelig på hva de “kunne forvente av tjenester” (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006). Det ble også enklere og mindre tidkrevende for avdelingens ledere, fortrinnsvis for avdelingssykepleierne, å skaffe ekstra sykepleiere ved behov:

Det er jo lett for da kan vi planlegge på lenger sikt, i god tid. [...] Den [ringelisten] er mindre i bruk nå, tror jeg, enn før. Ja, det er så enkelt når vi har de [interne vikarene] der oppe. Og vi vet at vi har våre [sykepleiervikarer] (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 10.01.2006).

Etter en prøvetid på ett år (01.10.2004–30.09.2005) ble Nevroklinikkens vikaravtale med Vikarsenteret evaluert av klinikkens oversykepleiere og økonomi-/administrasjonskonsulent. Evalueringen konkluderte med at avtalen hadde flere fordeler, men avdekket også enkelte problemer. En stor fordel var at avtalens formål om “reduerte kostnader av overtidsbruk og bruk av ekstern vikarinneleie for Nevroklinikken” var innfridd.¹²¹ Det var også svært positivt at ordningen med en avdelingsspesifikk ‘pool’ med sykepleiervikarer, ble ansett for å være faglig og arbeidsmiljømessig god. Vikarene hadde med denne ordningen fått en tettere tilknytning til arbeidsstedet (klinikken) enn tidligere, og ordinære og innleide sykepleiere hadde til en viss grad blitt kjent med hverandre. Etter prøveperioden ønsket ledelsen ved både Nevroklinikken og Vikarsenteret å forlenge avtalen. Enkelte endringer skulle imidlertid gjøres, deriblant skulle det bli vanskeligere for vikarene å slutte i stillingspoolen for å gå over i faste sykepleierstillinger i sykehuset. Dette var viktig for å forhindre stor gjennomtrekk av vikarer; sikre god stabilitet i vikargruppen og holde kostnadene til opplæring nede. I prøveperioden hadde problemet med vikarer som sluttet etter kort tid, vært en klar ulempe:

Det var veldig kjekt i begynnelsen; veldig bra. Vi fikk fire stykker som var i vår turnus – eller i vår ‘pool’ – og kunne ringe til dem, og så hadde vi fortrinnsrett på dem inntil et bestemt klokkeslett hver dag. Så var det mange av dem som sluttet, og så klarte de ikke å få ‘poolen’ opp igjen, og da fikk vi mange [vikarer] som ikke var opplært (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006).

Likevel ble det altså konkludert med at klinikkens avtale med Vikarsenteret skulle forlenges:

Vi konkluderer med at vi anbefaler at prosjektet går videre i en litt annen form. Det som har vært det siste halvåret, det har vært en del som har gått over i andre typer stillinger, slik at det har vært litt tungt. Så det har spesielt rammet oss på Nevrologen. Så det har vært svakheter, så der har vi har lagt føringer for hvordan vi kan holde personellet bedre. Det har vært noen ting som ikke har fungert like godt som vi hadde tenkt, som ferieavvikling og litt sånn forskjellig, på grunn av at folk plutselig sluttet. Men ellers så er det der en god løsning for oss økonomisk [og] vi får mer stabilitet i vikartjenesten. Det er folk vi kjenner, folk som har fått en viss opplæring hos oss. Og det ser ikke ut til, vi har ikke vurdert det slik, at det har negative konsekvenser for arbeidsmiljøet (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 09.12.2005).

I Personalavdelingen var man i stor grad enige med lokale sykepleieleidere om hvordan den interne stillingspoolen hadde fungert, og hva som måtte forbedres:

Vi har tatt en evaluering av den ordningen som var, og sett at de [Nevroklinikken] har spart penger på å bruke [Vikarsenteret]. Det som skjedde med selve prøveprosjektet [...] var at avdelingene var flinke til å ‘knabbe’ de [vikarene] som var i ‘poolen’ inn på sine egne avdelinger, med det resultat at ‘poolen’ på en måte bare sluttet å eksistere. Og det gikk så fort. Men altså det som var målsettingen med vikarpoolen på Nevroklinikken, det var at de skulle få kjente vikarer, at de skulle prøve å

¹²¹ Sitat fra følgende dokument: Helse Bergen: *Utkast til samarbeidsavtale Nevroklinikken – Vikarsenteret*, 26.04.2005.

redusere 100 prosent overtid og at de skulle redusere bruken av eksterne byråer. Det har de stort sett klart. Spesielt [den ene nevrologiske enheten som] brukte [ekstern innleie] veldig mye (S9, Mellomleder Personal, 09.12.2005).

Som en løsning på problemet med at vikarer gikk over i faste stillinger, ble det lansert en karanteneordning for vikarene:

Det må finnes en liten karantene: At de som jobber hos [Vikarsenteret], selvfølgelig skal kunne gå over i andre stillinger, men at de da må ha tre måneders overgangstid, slik at vi får erstattet dem i 'poolen' (ibid.).

Med nye arbeidsbetingelser på plass viste det seg å være vanskelig å rekruttere sykepleiere til å arbeide i stillingspoolen:

Vi frisket opp avtalen, og skulle nå i vår [2006] få nye vikarer inn i 'poolen', men det har ikke helt fungert. Den 'poolen' har ikke fungert siden sent i høst [2005] eller tidlig vår [2006], altså at vi kunne ringt samme dagen og fått [dekket] vakter. De manglet folk rett og slett til å kunne dekke det (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006).

Det fungerte veldig greit helt frem til sommerferien [2005], da var det i hvert fall *en* av dem [de interne vikarene] som sluttet og begynte på Nevrokirurgen, og så var det *en* som sluttet for å begynne hos oss. Så du kan si at det fungerte jo greit for oss, på en måte, for det at vi fikk *en* som vi kjente. Men vi mistet jo en vikar gjennom KomSe da. Pluss at vi var blitt lovet at vi skulle få *en* hver gjennom hele sommerferieavviklingen vår. Og etter hvert, når det da var folk som sluttet, så fikk vi jo ikke det helt på plass. Sånn at da fungerte det ikke så godt som intensjonen var (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

8.4 Oppdagelsen av *nødvendigheten* og *nytt* av ekstern innleie

I de tilfeller hvor Vikarsenteret ikke klarte å dekke inn vikarbehovet, ble ekstern innleie fortsatt brukt ved flere sykehusavdelinger. En knapphet på interne vikarer bidro med andre ord til å opprettholde bruken av den eksterne vikarordningen. Av avdelingene i utvalget var det spesielt Nevrologen som benyttet seg av ekstern innleie, som her fremsto som en innarbeidet praksis. Avdelingens oversykepleier beskrev praksisen som en vanlig måte å skaffe sykepleiere på, i tilfeller hvor Vikarsenteret ikke var behjelpelig med vikarer:

Du kan si at hvis ikke KomSe kan levere, så må vi fremdeles bruke Det tradisjonelle vikarbyrået, det er de vi har brukt og har erfaring med. [...] Og den avtalen som vi har med KomSe den er på mange måter gull verdt. Den er en økonomisk verdi. Når den er oppe og går sånn som den skal, så betyr det både kompetanse, trygghet og stabilitet. Og jeg synes det er en ganske smart ordning altså. [Men] når ikke KomSe kan levere, [i] nødtilfeller, måtte vi bruke Det tradisjonelle vikarbyrået (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 09.12.2005).

Den avdelingssykepleieren som arbeidet ved den enheten som i størst grad benyttet seg av ekstern innleie, kommenterte vikarpraksisen på denne måten:

Da måtte vi jo leie inn vikarer, bl.a. via Det tradisjonelle vikarbyrået, og det har vi jo gjort innimellom uansett, fordi det har vært behov for det. For *en* stilling [*en* vikar i Vikarsenteret] kan ikke gå både natt og dag og alle skift, så da når vi har behov for mange vikarer, så har vi jo vært nødt til å bruke eksternt byrå hele veien (S5, Avd.spl. Nevrologisk, intervju 24.10.2005).

Selv om det forelå en utbredt enighet i sykehuset om at intern innleie var rimelige i bruk enn ekstern innleie, og derfor var mest gunstig av de to vikarordningene, var det samtidig ingen tvil om at ekstern innleie var en ordning som skaffet nødvendig sykepleiekompetanse i flere tilfeller. Først og fremst var de private vikarbyråene nyttige i anskaffelsen av *spesial-sykepleiere*, noe Vikarsenteret ikke hadde lyktes med å rekruttere. I likhet med flere lokale ledere, konkluderte også Personalavdelingen med at den private vikarbyråbransjen hadde en nyttig funksjon siden det *supplerte* sykehusets interne vikartilbud. Man *innså* eller *oppdaget* med andre ord at det, også *etter* etableringen av intern innleie, var *et nødvendig rom* for ekstern innleie i organisasjonen. En annen sentral oppdagelse var at det ville være *ulønnsomt* for sykehuset å ansette så mange interne sykepleiervikarer, at Vikarsenteret kunne ta mål av seg å dekke organisasjonens samlede vikarbehov:

De eksterne byråene må brukes. [Vikarsenteret] har aldri hatt ambisjoner om å ta alt av vikarer, for det kan du ikke, for da må vi ansette så mange at det blir ulønnsomt. Så det vil alltid være et marked for de eksterne byråene også. I tillegg så har ikke vi spesialsykepleiere. Altså, ja, vi har noen spesialsykepleiere, men lite til de spesialavdelingene som intensiv, anestesi, operasjon. Sånne spesialsykepleiere har ikke vi. Så det vil jo være et ganske stort marked der (S9, Mellomleder Personal, intervju 09.12.2005).

En av de andre personalansatte formulerte seg likeledes på denne måten:

Vi trenger jo vikarbyråene når ikke vi selv kan levere. Altså, når ikke avdelingene og vårt eget vikarbyrå har nok sykepleiere. Det er da vi trenger dem. Og det er i sommerperiodene, rundt jule-tider og i høytidene. Ellers hvis det er noe spesielt som skjer, sånn som med turnuskonflikten i fjor for eksempel [i 2005], det er *da* vi har behov for ekstra vikarer (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006).

Det var også sykepleieledere som påpekte det ulønnsomme i at Vikarsenteret skulle ha til hensikt å avhjelpe ethvert vikarbehov i sykehuset. Følgende sitat, hentet fra intervjuet med en avdelingssykepleier på Psykiatrisk, kan bidra som en illustrasjon i så måte:

Det må jo være [...] vanskelig å klare å bygge opp en så stor 'pool'. [Det] å kunne 'serve' alles behov til enhver tid uten at du samtidig har mange ansatte som en må betale, men som ikke har jobb.

Det er jo et skjæringspunkt her, hvor mange du kan ha, før det blir ulønnsomt (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005).

Det å sette *lønnsomheten* i fokus, i form av en interesse for hva det er som er lønnsomt og således også ulønnsomt, ble utover i adopteringsprosessen mer vanlig og jeg vil også si akseptert blant de sykehusansatte. I intervjuer foretatt i 2005 og 2006 var det for eksempel mye mer utbredt at sykepleieledere snakket om lønnsomme vs. ulønnsomme prioriteringer, enn i første intervjurunde i 2003. Økonomiske betraktninger kom uansett i tillegg til de faglige, hvor det gjennomgående ble gitt uttrykk for at en i tillegg til å gjøre faglig baserte vurderinger – av for eksempel hvilken type kompetanse som trengs – *også* skal ha blikk for hva som er (og ikke er) økonomisk kloke valg. Til grunn lå oppfatningen om at alle ledere i sykehuset *bør* ta innover seg viktigheten av å skulle ta *både* økonomiske og faglige hensyn.

8.5 Personalavdelingens *rangering* av vikar- og bemanningsordninger

Selv om Personalavdelingen lyktes med å bygge opp en intern vikarordning i sykehuset, og etablere en felles forståelse om at denne ordningen holder høy faglig standard og er økonomisk gunstig å bruke i flere sammenhenger, mislyktes avdelingen til en viss grad med å implementere ordningen i organisasjonen. Personalavdelingen skulle gjerne ha sett at flere sykehusavdelinger brukte intern innleie i større grad, og da først og fremst fremfor overtid og ekstern innleie. Med dette som utgangspunkt utarbeidet Personalavdelingen en *anbefaling* om hvordan utvalgte vikar- og bemanningsordninger *burde* prioriteres i forhold til hverandre. I mai 2005 ble *prioriteringslisten* sendt på e-post til samtlige ledere i sykehuset. Avsenderen var den av seksjonslederne i Personalavdelingen som hadde ansvaret for driften av Vikarsenteret. I e-posten var det påpekt at Vikarsenteret har som mål “å kunne levere kvalitativt gode tjenester til avdelingene, og til en billigere pris enn overtid på egne ansatte og innleie fra eksterne vikarbyrå”. Budskapet var tydelig; intern innleie bør foretrekkes fremfor både overtid og ekstern innleie. Selve prioriteringslisten ble presentert som følger:

Vi anbefaler derfor dere med vikarbehov denne pri rekkefølgen om dere tenker økonomi og kvalitet:
1. Egne fast ansatte i redusert stilling. 2. Vikarsenteret (KomSe og VISS). 3. Overtid egne ansatte. 4. Eksterne vikarbyrå.¹²²

¹²² Sitat hentet fra e-post, datert 31.05.2005, fra en seksjonsleder i Personalavdelingen til samtlige ledere i sykehuset.

Rangeringen av de fire vikar- og bemanningsordningene fremtrer som en *handlingsinstruks* til sykehusets ledere, om hvordan vikarbehov bør håndteres, og kan følgelig forstås som et forsøk på å etablere en *standardisert* bemanningspraksis i sykehuset. For Personalavdelingen var det viktig at sykehusets bemanningspolitikk var fundert på både faglige og økonomiske hensyn. I nevnte e-post var det kommentert at Personalavdelingen “jobber videre med å utvikle Vikarsenteret steg for steg til å være enda mer kostnadseffektive uten at dette går på bekostning av faglig kvalitet”.¹²³ Uttrykksmåten setter ord på det flere sykepleieledere strever, eller strevde, med i sitt bemanningsarbeid, som nettopp er å oppnå en god *balanse* mellom *økonomi* og *fag*.

Ved å spille på hensynet til økonomi og fag, og dermed en av de sentrale utfordringene som lokale sykehusledere står overfor i sitt bemanningsarbeid, ble det for Personalavdelingen mulig å løfte frem prioriteringslisten som et nyttig verktøy for disse lederne. Prioriteringslistens klare kobling til det å gjøre faglig og økonomisk kloke valg, må anses som et strategisk grep fra Personalavdelingens side gitt avdelingens målsetting om å få ledere med bemanningsansvar til å følge deres anbefalinger.¹²⁴ Selv om Personalavdelingen markedsførte og beskrev prioriteringslisten som forankret i både økonomi og fag, kommenterte flere personalansatte i intervju sammenheng at det fremfor alt var en økonomisk effektiviserings-tankegang som dannet grunnlaget for listen:

Det lå jo økonomi bak der. Vi anbefaler jo avdelingene å bruke [1] egne faste ansatte i redusert stilling først fordi det er billigst – å øke opp da. Så tar vi timelønn, og eventuelt en liten overtids-godtgjørelse. Så kommer [2] Vikarsenteret [intern innleie], som skal være nest billigst – vårt eget vikarsenter. Og så har du [3] overtid på egne ansatte, og så [4] eksterne vikarbyrå. Det er mest for å utnytte, eller benytte, egne ansatte [...] (S11, Ansatt Personal, intervju 27.09.2005).

Det legges her ikke skjul på at prioriteringslisten tok utgangspunkt i hensynet til økonomi, til forskjell fra hensynet til fag, pasienter eller de ansatte selv. Dette fremgår også i følgende uttalelse, fra en mellomleder ved Personalavdelingen:

¹²³ Sitater hentet fra *ibid*.

¹²⁴ Ifølge Czarniawska-Joerges (1993:18), som har studert hvilken rolle språket spiller i *organisasjonsendringer*, er språket å betrakte som endringsagentens viktigste *kontrollverktøy*. Ledere, konsulenter og andre endrings-agenter anvender språket bevisst og strategisk for å konstruere en ny virkelighetsforståelse for organisasjonens medlemmer. For å skape troverdighet og tilslutning om konkrete endringsprosjekter, nye modeller som søkes innført og lignende, anvender endringsagentene forskjellige språklige artefakter som forsøkes introdusert for å skape organisatorisk kontroll. Czarniawska-Joerges (1993:19–31) skiller mellom tre typer språklige artefakter, som alle har det til felles at de egner seg til å generere tilslutning om organisasjonsendringer: Språklige merke-lapper (“labels”), rituelle fraser (“platitudes”) og metaforer (se også Vabø 2007:84, 263).

Reglene er sterkt anbefalt, fordi det er på en måte det som er mest økonomisk forsvarlig. Så det har gått ut 'mail' [...] om hvordan vi bruker innleie av vikarer. De [lederne] som har lest 'mailen' og følger den, synes for så vidt at det er greit. Da har de noe konkret å forholde seg til (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

Flere personalansatte gjorde et poeng av at det er ledelsen ved den enkelte sykehusavdeling som avgjør om prioriteringslisten skal/bør følges. Enkelte personalansatte viste samtidig til at Personalavdelingen kun besitter en *rådgivende* funksjon overfor sykehusets ledere:

[Vi] har sendt dem en 'mail' hvor vi på en måte gav dem noen føringer på hva som var lurt å gjøre. [...] Dette er et råd på en måte, så det er ikke noe de [avdelingssykepleiere/-lederne] skal på en måte gjøre. I staben hos oss så fungerer det ikke lenger slik at vi pålegger noen om å gjøre noe lenger. Nå er det mer slik at de *faktisk* kan bestemme *selv*, altså, de er selvstyrte. Det er nivå-II-lederne; klinikk-sjefer og avdelingssjefer: De bestemmer selv. Men vi bør jo gjøre såpass gode tjenester da at de vil bruke oss og det er det vi på en måte har gjort nå da. Det gjelder både vikarsenteret og det gjelder andre tjenester i staben. At vi er så gode at de ønsker å bruke oss *internt* og ikke ta *eksterne* løsninger. Men vikarmarkedet er vel det eneste som er *helt* sånn åpent, hvor de faktisk *kan* velge på et marked altså (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006).

Vi ser et verktøy, vi ser at her tilbyr vi noe. De [lederne] må ikke bruke det, de kan gjøre andre ting. Det er flere veier til Rom(a), for å si det sånn. [...] Det er klart at når vi bygger opp et internt byrå så ønsker man at det også skal bygge seg opp en etterspørsel etter deres tjenester. Vi ønsker jo ikke at interne [vikarer] går arbeidsledige mens eksterne vikarer blir brukt, men ha nok arbeid. Men det har jo ikke vært slik at vi ønsker å *pushe* dette vikarbyrået over på folk. Det skal være et alternativ. Vi har aldri bestemt at avdelingene skal bruke KomSe eller VISS [det vil si Vikarsenteret] fremfor Adecco. De har kunnet velge *fritt* mellom interne og eksterne byråer (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005).

8.6 “Vi må ha to tanker i hodet samtidig”: *Fag og økonomi*

Uttrykket om *å ha to tanker i hodet samtidig*, i betydningen hensynet til fag og økonomi, gikk igjen i flere informantfortellinger. Mange sykepleieledere var opptatt av å få til en god *balanse* mellom økonomiske og faglige hensyn i sine prioriteringer og valg. Det angitte uttrykket ble gjerne brukt for å sette ord på den *utfordring* eller det *dilemma* som det å skulle ta beslutninger som holder mål både faglig og økonomisk kan innebære. For eksempel var det slik at enkelte rutiner og praksiser som ble regnet som faglig gode, var uforholdsmessig dyre sammenliknet med andre alternativer. Dette kunne gjøre det vanskelig for sykepleielederne å velge mellom de forskjellige ordningene, og å handle som de *egentlig* ønsket. Enkelte avdelingssykepleiere fortalte for eksempel at de lot være å ta inn ekstra sykepleiere ved fravær, fordi de mente at det ikke var økonomi til det. Resultatet ble da gjerne at de sykepleierne som var på jobb måtte arbeide ekstra hardt, løpe enda forttere, eller at enkelte arbeidsoppgaver ble satt på vent til neste vakt/dag. Et annet eksempel, er bruken av ufaglært

arbeidskraft som en erstatning for sykepleiere som er fraværende fra jobb, da også dette i enkelte tilfeller handler om prisen på de tilgjengelige formene for arbeidskraft.

De sykepleielederne jeg snakket med opplevde en forventning om å bruke prioriteringslisten aktivt i bemanningsarbeidet. Ved Nevrokirurgisk avdeling fortalte avdelingssykepleieren at hun fulgte en liste som illustrerer hvordan det *skal* velges mellom utvalgte vikar- og bemanningsordninger. Listen rangerer ordningene etter hva de koster i bruk, og er likelydende med prioriteringslisten. Avdelingssykepleieren fortalte at listen var nyttig, og stilte ikke spørsmål ved riktigheten av denne. Hun stolte på at de som hadde utarbeidet listen hadde rett i sine økonomiske eller prismessige rangeringer.

Hvis jeg skal *velge* at en av våre egne, i gåseøyne, skal få en 100 prosent overtidsvakt eller om vi skal leie inn en ekstern vikar fra byrå da er det, i hvert fall i Nevroklinikken, laget en liste på hva vi skal *velge* først. [...] Den har jeg fått fra N.N., som er vår administrasjonskonsulent, og det er jeg nødt til å stole på at de som sitter som økonomikonsulenter, som har fått dette oppdraget, at de har gjort de rette beregninger. [...] Det blir meningsløst hvis vi skal gå inn og dobbeltsjekke *deres* ... Da sier vi egentlig at vi ikke stoler på den jobben de har gjort. [...] Jeg ser det som et *verktøy*. Kun et verktøy. Det er *vi* som tar avgjørelsen, som sitter ytterst og som må og kan vurdere hvilken kompetanse vi må ha (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006).

Det er avdelingssykepleierens jobb å vurdere hvilken type kompetanse det er behov for i ulike (fraværs-)situasjoner, og dermed om det er nødvendig å hente inn en ekstra sykepleier eller om man kan klare seg med de sykepleierne som er igjen på jobb. Ifølge avdelingssykepleieren på Nevrokirurgisk, blir det økonomiske hensynet først koblet inn *etter* at denne vurderingen har funnet sted:

Hvis vi har *sykefravær* så ser vi hver dag på den aktuelle dagen: 'Hvordan er belegget? Hva kreves?' Og da tar vi en opptelling på kompetansen og hoder og så ser vi om vi må ha sykepleiere inn eller er det *hender* vi trenger? Det er ikke alltid vi trenger en sykepleier. [...] Den diskusjonen tar jeg enten med tillitsvalgt eller de som skal jobbe den dagen eller den helgen for å høre hva det er de trenger. Altså, trenger de noen som kan være med som er kjent – som kan være hender – eller trenger de kompetanse? Det er veldig avgjørende for hvilke valg du tar. [Dette med] antall hoder, altså dette er jo en nevrokirurgisk avdeling, og vi har mange pasienter til operasjon, observasjon, til oppfølging etter operasjon. Det vil si at du trenger kompetanse på å følge dem, [...] og på det kan vi ikke erstatte med noe annet enn sykepleiere. Men det hender jo at vi har flere [pasienter] som er ferdig-meldt, som er lagt *pleietrengende*. Som er her til observasjon ... eller at de er tatt inn til samtale igjen da. Da trenger vi ikke nødvendigvis en sykepleier for å ivareta de [pasientene] når du har en gruppeleder som er sykepleier. Du trenger en hjelpepleier eller en pleiemedhjelper, sykepleier-student, [for] de kan [også] gi den omsorgen som trengs. [...] Altså, prisen tenker du ikke på når du velger at du skal ha en [ekstra person på jobb eller ikke]. [...] Hvilken type kompetanse du skal ha – [...] det går ikke på økonomi. Det går reint på kompetanse (ibid.).

I sine vurderinger om sykepleiebemanningen hadde avdelingssykepleieren god nytte av å være i dialog med sine sykepleiere og plassstilltsvalgt for sykepleierne. Avdelingssykepleieren fortalte at dialogen var nyttig for å finne frem til akseptable løsninger i (fraværs-)situasjoner, og at den ga henne innsikt i sykepleiernes oppfatninger om forskjellige vikar- og bemanningsordninger. Når er det for eksempel akseptabelt å benytte ekstern innleie, og når passer det bedre å pålegge ansatte å arbeide overtid? Når er det legitimt “å klare seg” uten ekstrapersonell, og dermed være færre ansatte på jobb enn det som opprinnelig var tenkt? Dette handler om hvordan økonomiske og faglige momenter vektes i forhold til hverandre, og om hvorvidt ens ansatte har tillit til at en som leder er i stand til å gjøre fornuftige valg.

Det gjelder å få en god *dialog* med de ansatte, som gjør at de stoler på deg. At de stoler på at det du gjør ikke *bare* er av økonomiske hensyn og at du har deres forsvarlighet i fokus. Det er rett og slett et tillitsforhold. Jeg har jo den tilliten til dem [sykepleierne], at hvis de oppdager at de får pasienter som gjør at det blir mye mer krevende i forhold til den bemanningsplanen som er lagt til grunn, så har de også mulighet til å kalle inn ekstrapersonell. Det er jo et tillitsforhold. Den vurderingen må de ta (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006).

Avdelingssykepleieren fortalte at hun, for sin “egen del, går gjennom hver måned og ser ‘hva har jeg brukt nå og hvordan kan jeg forsvare det jeg har gjort?’” (ibid.). Gjennomgangen gjøres med henvisning til idealet om å ha to tanker i hodet på en gang, i form av fag og økonomi. Samtidig var det viktig at økonomien ikke gikk på bekostning av forsvarligheten, i form av en forsvarlig pasientbehandling og personalpolitikk. Eller som avdelingssykepleieren uttrykte det:

Du skal jo tenke økonomi parallelt ... Selvfølgelig må du liksom ha to tanker i hodet. Og det gjelder jo da å klare å være bevisst på det du gjør. Du har forsvarlighetsprinsippet. Det er viktig. Du har en plikt i forhold til loven at du skal drive forsvarlig drift. Hvis du ikke klarer det så nytter det jo ikke å si at det er for å spare penger. Økonomien kommer, i forhold til loven, faktisk i annen rekke. Men du kan *prøve*; du skal prøve. Men altså; forsvarligheten går foran (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006).

Det som sies her har paralleller til hvordan oversykepleieren ved Nevrologen uttalte seg om viktigheten av å ta både økonomiske og faglige hensyn. Ifølge oversykepleieren var den daglige dialogen sykepleielederne imellom, av stor viktighet for å få til en god bemanningspolitikk på avdelingen. For å tilrettelegge for et godt samarbeid sykepleielederne imellom møttes avdelingssykepleierne daglig til morgenmøter på oversykepleiers kontor (jf. kapittel-avsnitt 6.4.2). Sykepleielederne var enige om at den faglige forsvarligheten skulle settes høyest til enhver tid. Økonomiske hensyn skulle altså underordnes de faglige:

Vi må på en måte ha to tanker i hodet samtidig som en ser, altså at en må ha økonomien der hele tiden. Men, det sier jeg til mine avdelingssykepleiere; [at man må tenke] forsvarlighet. Man må aldri være i tvil om at den må stå øverst. [...] Øverst måtte ansvarligheten stå: Det [har] ikke vært tvil om det (S2, Overspl. Nevrologisk, intervju 09.12.2005).

Til forskjell fra Nevrologen hadde man ved Nevrokirurgisk avdeling svært liten erfaring med ekstern innleie. Man hadde på sett og vis ikke sett behovet for å bruke denne vikarordningen, men forsøkte isteden å klare seg med andre vikar- og bemanningsordninger. I første intervju-runde i 2003 forklarte oversykepleieren ved Nevrokirurgisk at ekstern innleie kun unntaksvis var prøvd ut på avdelingen. Så lenge de var i stand til å løse aktuelle vikarbehov ved hjelp av andre, mer innarbeidede og vanligvis også rimeligere ordninger ble det foretrukket:

Nei, vi har ikke hatt erfaring med det [ekstern innleie]. Altså, vi har ikke gjort det til nå. Det er liksom som det steget ikke er tatt. Vi har prøvd å klare oss med interne vikarer og med merarbeid, eller sågar overtid. [...] Jeg vet ikke om pris har så mye med det å gjøre, altså til en viss grad, ja, men den dyreste løsningen er jo selvfølgelig vår egen overtid. Eller at byråene sender ut noen som går på overtid. Det er vel det som er grunnen, altså det å ta det steget. Og så skremte de oss litt til å begynne med [at] den som går ut [for å arbeide i vikarbyrå] har ett års karantene og ikke får lov å leie inn igjen. Ja. Så det er ikke noe annet enn det. Det har ikke vært sånn *veldig* sånn prinsipp. Det er bare det at det steget har vi ikke tatt ennå (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

I 2003 ble det brukt en hel rekke vikar- og bemanningsordninger på avdelingen: Faste og midlertidige ansettelser, bruk av mertid og overtid, tilkallingsvakter i form av ekstravakter, ringevikarer og sykepleierstudenter, en av sykehusets ekstravakt-/ringesentraler og ikke minst intern innleie som ble tatt i bruk i juni 2003.¹²⁵

Fast ansettelse er jo førstevalget. Er det fast stilling, så får de fast stilling, og av vikariater så er det bare ekte vikariat. [...] Nå er alle stillingene faste bortsett fra dem som går i vikariat og det som vi holder ledig for å ha studenter inni. Du kan si det at vi gir dem en arbeidsavtale, vi kan ikke gi dem fast [ansettelse], for da må man enten ha hjelpepleier- eller sykepleierutdannelse. Vi har ingen faste stillinger for assistenter. [...] Vi har alltid hatt seks sykepleiestudenter, slik at de går tredje hver helg. To på hver helg. [...] Studentene går ikke nattevakter, de går tidlig [vakt] og sen [vakt] i helgene. Og det fungerer veldig bra. [...] Og så har vi i tillegg en del ekstravakter som har fått arbeidsavtale hvor det står tilfeldig vikar, altså på tilkalling. Men vi bruker jo mye den ringesentralen som ble opprettet når du hadde Hode-Hals-blokk [i sykehuset]. Da opprettet vi en ringesentral som skulle sørge for å skaffe folk som kunne komme på jobb, så vi slapp å sitte og ringe selv. [...] Vi har [også] en ringeliste som vi ringer [...] sånn at alle ringer (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

Etter å ha begynt med intern innleie ble det enklere å håndtere situasjoner som krevde tilførsel av ekstra sykepleiere. Ledelsen foretrakk intern innleie fremfor overtid, som ble ansett som “dyrt i dobbel forstand” siden det både koster penger og “koster alle ansatte tid og krefter”

¹²⁵ Nevrokirurgisk og Nevrologisk avdeling begynte med intern innleie omtrent samtidig (opplysninger mottatt på e-post, 31.01.2006, fra S-10, Personalansatt i Det interne vikarsenteret).

(ibid.). Etter noen måneders bruk av intern innleie uttrykte oversykepleieren stor begeistring over det aktuelle tilbudet:

Om det er nok kapasitet så er det jo kjempebra hvis vi kan ringe dit [til Vikarsenteret] bestandig, og få vikar, istedenfor å la våre egne ta overtid. Så er jo det flott det! [...] Det er jo drømmen det å ha en 'pool' å ta av, der du vet kvalifikasjonene til de som er der og du kan ringe og si 'kan du komme og jobbe?', og så kommer de (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

Fordi avdelingen hadde en høy andel sykepleiere på pleiesiden ble det i enkelte tilfeller vurdert som tilstrekkelig å få inn "ett sett ekstra hender", når det var fravær av sykepleiere, i form av for eksempel hjelpepleiere. Avdelingens oversykepleier beskrev det slik: "Hvis vi har *sykefravær*, så ser vi hver dag på den aktuelle dagen: 'Hvordan er belegget? Hva kreves?' Og da tar vi en opptelling på kompetansen og hoder, og så ser vi om vi må ha sykepleiere inn eller om det er hender vi trenger?" (S26, Avd.spl. Nevrokirurgisk, intervju 13.06.2006). Ifølge oversykepleieren var denne praksisen, og indirekte avdelingens høye andel sykepleiere, en viktig årsak til at avdelingen kun hadde brukt ekstern innleie i et fåtall tilfeller:

Vi har ikke hatt så stort behov for det [ekstern innleie]. Forskjellen på oss og mange andre avdelinger på dette sykehuset, er at her er rikelig med sykepleierstillinger, altså ikke hjelpepleiere [...]. For det er klart at om det er *en* sykepleier på jobb, [...] og den sykepleieren blir syk, så må du ha en sykepleier. Og det er ingen som kan trylle, altså da ringer du til et vikarbyrå og får en sykepleier. Mens vi, vi har to sykepleiere vi. [...] Og om den ene blir syk, så kan vi kanskje klare oss med en hjelpepleier eller en student eller *en* ekstra; to ekstra hender. Så derfor tror jeg at vi har hatt mindre behov [for ekstern innleie] enn andre (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

På avdelingen fungerte prioriteringslisten som en sentral rettesnor i bemanningsarbeidet. Dette ga, ifølge oversykepleieren, en "ryddigere" – enklere og mer forutsigbar – situasjon på bemanningsområdet enn det som hadde vært tilfelle tidligere (ibid.). Ved behov for ekstra sykepleiere ble den interne vikarordningen fortrinnsvis prioritert foran bruk av overtid, ekstravakt-/ringesentraler og intern ringeliste/ringevikarer. Samtidig var det nå slik at det sterke fokuset på økonomi i avdelingen og ellers i organisasjonen, var en potensielt begrensende faktor i bemanningsarbeidet. Hva forskjellige vikar- og bemanningsordninger kostet i kroner og øre var blitt viktigere, og ble i større grad kommunisert. I 2003 fortalte eksempelvis oversykepleieren at prisen på ekstern innleie, ikke var av særlig betydning for det faktum at avdelingen hadde latt være å adoptere denne vikarordningen:

Jeg vet ikke om pris har så mye med det å gjøre, altså til en viss grad, ja, men den dyreste løsningen er jo selvfølgelig vår egen overtid eller at byråene sender ut noen som går på overtid (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

På spørsmål om det også i fortsettelsen vil være opp til den enkelte avdeling å bestemme hvilke vikarløsninger som skal brukes, svarte oversykepleieren likevel på en måte som avdekket at økonomi var et viktig hensyn i bemanningsarbeidet:

Vi må nok snu alle steiner hvis vi har overskridelser på budsjettet og si at vi ikke kan bruke det [ekstern innleie] fordi vi kan finne billigere løsninger (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, intervju 15.10.2003).

I 2006 fulgte oversykepleieren opp med å påpeke at en som leder står forholdsvis fritt til å velge løsninger *innenfor* oppsatt budsjett (ibid.). Når det gjaldt ekstern innleie ble prisen brukt som en *opplagt* forklaring på hvorfor avdelingen ikke benyttet ordningen i særlig grad:

Jeg tror gjerne vi har ringt *en* gang eller to [til private vikarbyrå] – det er toppen siden jeg snakket med deg sist [i 2003]. Det går på pris. [...] Ja, [det er jo] gjerne dyrere enn våre egne som går på overtid også. Jeg tror det er det, [...] i og med at det er sistevalget [på prioriteringslisten], så vil jeg tro det, ja (S7, Overspl. Nevrokirurgisk, 10.01.2006).

Uttalelsen viser at økonomi, med tanke på hva det koster å bruke ulike vikar- og bemanningsordninger, er av betydning for hvilke ordninger som faktisk benyttes. Videre angir den at det ikke stilles spørsmål ved prioriteringslisten, som så avgjort rangerer ordninger etter pris. En opplagt konsekvens av å ha tatt i bruk listen, var at allerede eksisterende ordninger ble *deinstitusjonaliserte* i større eller mindre omfang. Deinstitusjonalisering forstås her som den prosess hvor legitimiteten til en etablert eller institusjonalisert praksis brytes ned eller slutter å eksistere. Mer spesifikt viser deinstitusjonalisering til *delegitimeringen* av en etablert organisatorisk praksis eller prosedyre, som følger av organisatoriske utfordringer eller organisasjonens manglende evne til å reproducere tidligere legitimerede tatt-for-gitt handlinger (Oliver 1992:564). I flere studier som har oppheving av institusjonaliserte praksiser som tema, påpekes det at slike praksiser sjelden forsvinner helt. Praksisen fortsetter til en viss grad å eksistere, bare i mindre utstrekning eller styrke enn før (Dacin og Dacin 2008:327).

Flere av de vikar- og bemanningsordninger som sykehuset var bruker av da innleiemodellen først ble adoptert her i 2001, har over tid blitt redusert i omfang ettersom bruken av sykepleie-innleie har bredt om seg i organisasjonen. Datamaterialet viser en gjennomgående tendens til at bruken av innleid sykepleiepersonell i sykehuset, i form av ekstern og intern innleie, især har redusert bruken av overtid, ringelister og sykehusets ekstravakt-/ringesentraler. Disse ordningene har ikke forsvunnet ut av bemanningsrepertoaret til sykehuset eller den enkelte sykehusavdeling, men brukes generelt i mye mindre omfang enn tidligere. Dette innebærer at

det som tidligere ble tatt-for-gitt og regnet som naturlige måter å løse enkelte/flere bemanningssituasjoner på, ikke lenger fremstår som like opplagte. De måter som man tidligere har vurdert, sett og gjort ting på fremstår ikke lenger så selvfølgelig, fordi man har fått et nytt redskap som muliggjør nye måter å anskaffe sykepleiere.

Når det gjelder den interne vikarordningen er det klart at denne ble vurdert som en god vikarordning av de sykepleielederne som stiftet bekjentskap med den. Kort fortalt ble intern innleie regnet for å være en god ordning, fordi den skaffer kvalifisert arbeidskraft, uten at dette koster for mange penger.

8.7 Begrenset adoptering av sykepleieinnleie grunnet tradisjon og rutiner

Informantene ved *Psykiatrisk divisjon* ga uttrykk for at man her tenkte og handlet på *andre* måter enn det som var vanlig innen somatikken. Det samme gjorde flere av informantene som arbeidet ved somatiske sykehusavdelinger eller i sentraladministrasjonen. Det ser med andre ord ut til å eksistere en konsensus om at psykiatrien er *annerledes* andre steder. Dette var i hvert fall tilfelle i forhold til bemanningen på pleiesiden, hvor psykiatrien har lang tradisjon for å bruke ufaglært personell i deler av arbeidet. Tradisjonen, forstått som en *institusjonalisert* organisatorisk praksis,¹²⁶ bæres oppe av forestillingen om at psykiatriske pasienter først og fremst skal passes på, og at dette ikke er en oppgave for sykepleiere. Vakt-hold på suicidale pasienter er eksempelvis en oppgave som ofte tildeles helsefagstudenter (jf. delkapittel 6.2). Flere av dem som har sin arbeidsplass på Psykiatrisk tar for gitt at det er slik. Bruken av ufaglært arbeidskraft har nær sagt et *regelliknende* mønster, som gir mening og legitimitet blant de involverte aktører. Som påpekt av flere institusjonsteoretikere, er slike institusjonaliserte aktiviteter relativt varige og stabile (Meyer og Rowan 1977; Oliver 1992; Zucker 1987).

Flere forhold tyder på at den innarbeidede praksisen med bruk av ufaglært arbeidskraft innen psykiatrien, har bidratt til at innleiemodellen – i form av både ekstern og intern innleie – kun

¹²⁶ Som påpekt av M. Tina Dacin og Peter A. Dacin (2008:331) gir det mening å anse *tradisjoner* som institusjonaliserte organisatoriske praksiser eller handlinger.

er adoptert i *begrenset* grad ved divisjonen.¹²⁷ Det å skulle klare seg med det personell eller den arbeidskraft en har tilgjengelig, i egen enhet, fremstår som et viktig prinsipp:

[Man er opptatt av at] man skal klare å ordne det, samarbeide og finne løsninger i stedet for at en på en måte bare kan gi beskjed til noen; om at man trenger noen da og da (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005).

Spesielt bruken av *ekstern* innleid sykepleiepersonell har vært lite aktuelt:

Jeg tror *aldri* det har vært meldt et behov herfra samlet, [om] at vi trenger bedre dekning fra vikarbyråer. Det tror jeg aldri det har blitt gjort, fordi man klarer seg på et eller annet vis. Man er vant til at det skal være sånn, og en bruker mye tid på å klø seg i hodet på å finne en eller annen sykepleier (ibid.).

Sykepleielederne på Psykiatrisk var lite opptatt av muligheten for ekstern innleie. De visste også lite om hva private vikarbyråer har av utleietjenester og hva disse tjenestene koster:

Jeg vet altfor lite om hva de [private vikarbyråene] har å tilby og priser. [...] Så det er *ingen* som har vært på banen her og informert om hva slags tjenester de har [...]. Jeg har ikke fått noe informasjon om eksterne byråer og ikke sett noe markedsføring, eller sett noen avtaler eller priser eller noen verdens ting rundt det. [...] Det har vært en service overfor somatisk. Altså, jeg har aldri hørt at psykiatrien har brukt det i det hele tatt. [...] Er du sikker på at de 'server' psykiatrien i det hele tatt? [...] Vi er nødt til å ha sykepleiere som har litt erfaring fra psykiatri. Du kan ikke sende en sykepleier som er vant til å gå på Nevrologen eller på Kirurgen hit (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005).

Selv de som var klar over de muligheter som det private utleiemarkedet representerer, var lite interesserte i å begynne med ekstern innleie, fordi ordningen ble vurdert som for kostbar:

Adecco var veldig interessert at komme på banen til oss i fjor [2005], men det ble liksom aldri noe av, og det skyldtes vel at målet vårt *er* ikke å bruke vikarbyråer fordi det *blir* mye dyrere for oss (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Sykepleielederne på Psykiatrisk fikk tidlig kjennskap til med *intern* innleie, som følge av at ledelsen for Vikarsenteret informerte om ordningen allerede før denne startet opp. I møter, og i skriftlig informasjonsmaterieell, ble intern innleie fremstilt som en faglig god og økonomisk rimelig vikarløsning:

¹²⁷ Ved de tre psykiatriske enhetene hvor jeg har intervjuet, har det i den aktuelle perioden (2001–2006) vært begrenset bruk av sykepleieinnleie, også intern innleie (jf. oversikter/statistikk tilsendt på e-post, 21.02.2007, fra S27, Leder for Det interne vikarsenteret, og informasjon tilsendt på e-post, 31.01.2006, fra S10, Personalansatt i Det interne vikarsenteret).

Vi [har] fått en oversikt i den mappen [som vi har mottatt] over hva prisene er [på intern innleie] kontra de forskjellige; eksterne vikarbyrå og 100 prosent overtid og sånn ... Så det har de regnet på (S8, Ansatt Psykiatrisk, intervju 08.10.2003).

Altså, jeg fikk jo en oversikt, et regnestykke, over hvor mye KomSe kostet i forhold til en overtidsvakt og [...] ut fra det jeg kan se så kostet den vel sånn midt mellom en vanlig ordinær vakt og en 100 prosent overtidsvakt. [...] Opprinnelig så var vel tanken med KomSe å skaffe et alternativ som ga et billigere tilbud enn byråene som somatikken har brukt. Men her har vi *ingen* tradisjon på å bruke byråer i det hele tatt. Så her tror jeg ikke noen har brukt noen, hvis ikke det har vært KomSe. [...] Jeg tror [Vikarsenteret ble opprettet] fordi man ville ha et alternativ til den dyre eksternt-innleien. At de ville starte sitt eget, for å spare penger (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005).

Det at intern innleie var forholdsvis rimelig i bruk, var av vesentlig betydning for at enheter i divisjonen begynte med ordningen sommeren 2003.¹²⁸ Adopteringen var altså i vesentlig grad *økonomisk* motivert. Utover i adopteringsprosessen ble vikarordningen innarbeidet som praksis ved divisjonen. Den bemanningspolitikk som ble ført, samsvarte etter hvert også med hovedtrekkene i Personalavdelingens prioriteringsliste:

Policyen er jo i utgangspunktet det at folk som ønsker å ha større stillinger enn det de har skal få første prioritet for å ta ledige vakter [mertid]. Så er det jo ikke alltid at de kan og da er det KomSe som er alternativ nummer to og så er overtid nummer tre. [...] Så når jeg ser at det er langtids-sykemeldinger og/eller eventuelt ferieavvikling hvor jeg ser at her får jeg et problem med å dekke opp med mine egne, og dette er forutsigbart en god stund fremover, så kontakter jeg KomSe. Og de vaktene som da ikke blir dekket opp, de må dekkes opp med overtid (ibid.).

Selv om intern innleie ble sett på som et kjærkomment alternativ til bruk av overtid, fungerte det ikke helt slik i praksis. En viktig årsak til det, var at Vikarsenteret hadde for få sykepleiere for utleie til å betjene samtlige vikarbehov som ble meldt inn fra Psykiatrisk:

Det ideelle hadde jo vært at KomSe hadde hatt en større 'pool' av ansatte, for de er veldig lite fleksible. De har *aldri* mulighet til å ta ting på sparket. [...] Det klarer de aldri å gjøre. [...] Den kortsiktige biten kan de ikke stille opp på, [noe] jeg skulle ønske at de kunne gjort, for det er jo den som nesten er mest slitsom. For da må vi pålegge folk overtid på kort varsel. [...] Og de fungerer vel heller ikke på dagtid og kveldstid. Det er nattevakter jeg har klart å få tak i. [...] Så det tyder på at de har for lite folk, men klart det er vanskelig; for innimellom så blir de da sittende med folk som ikke har noe å gjøre (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005).

Ved enkelte psykiatriske enheter fungerte det videre slik at det for det meste ble brukt assistenter i forbindelse med fravær av forskjellig karakter, ut fra en vurdering av at det er tilfredsstillende å være noen færre sykepleiere på jobb enn det som fremgår av vaktoppsettet. På vakter hvor det bare er *en* sykepleier på jobb, slik som på nattskiftet flere steder, kan

¹²⁸ Opplysninger mottatt på e-post, 31.01.2006, fra S-10, Personalansatt i Det interne vikarsenteret.

imidlertid ikke en assistent erstatte sykepleieren som er fraværende. Løsningen blir da gjerne bruk av overtid eller intern innleie:

80 prosent av fraværet her blir dekket opp av assistenter for da er det nok sykepleiere på jobb. Jeg har egentlig veldig god bemanning, men det er klart at på *natt* er det sårbart for da er det *en* sykepleier og *en* hjelpepleier. Da er det ingenting å gå på. [...]. Ved kortidssykemeldingene, når det ringes inn på dagen og sier at 'beklager, men i dag blir jeg borte', det er det som koster penger altså. Som gjør at det blir overtid [der] hvor KomSe ikke kan dekke opp (ibid.).

I Personalavdelingen registrerte man at Psykiatrisk divisjon først og fremst brukte intern innleie for å bemanne opp nattevakter hvor det i utgangspunktet kun er *en* sykepleier på jobb. Praksisen ble ansett som fullt forståelig. Det samme kan ikke sies om divisjonens utstrakte bruk av ufaglærte ekstravakter og assistenter:

Jeg tror at psykiatrien er veldig vant med ikke å få tak i sykepleiere. Nå har også de rekruttert mye sykepleiere, så de er på en måte veldig fornøyd ... Og det de kanskje mest av alt trenger hjelp til, det er til nattevaktene, det ser vi hele tiden at de trenger. De trenger selvfølgelig mye ekstravakter som går på ren skjerming av pasienter, fastvakter ... Og det er klart at der kan de helt fint bruke ekstravakter. Men når man ser tallene derifra og ser at de til og med bruker mye overtid på ekstravaktene sine, da blir det galt ... Og jeg kjenner jo folk som jobber i psykiatrien og de sier at ufaglærte gjerne blir satt inn på vakter som egentlig tilhører både sykepleiere og spesialsykepleiere (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005).

På spørsmål om hvorfor dette blir gjort svarte mellomlederen slik:

Jeg tror nok de er så vant til at det viktigste er å få 'et hode' på plass og det er en lang prosess som de må gjennom, for å bli vant til å ha nok kvalifiserte søkere til stillingene. Det er rett og slett en skute som begynner å snu og tenke annerledes. [...] Gammel vane er vond å vende. Så jeg tror ikke det er uvilje, men det er liksom [det] å se mulighetene i forhold til det. Jeg tror det ligger veldig mye i at 'vi gjør sånn som vi alltid har gjort det' (ibid.).

Stabiliteten eller fastheten til en institusjonalisert handling eller innarbeidet vane, lik den som beskrives her, ligger i at handlingen defineres som den måten noe skal gjøres på, er eller oppfattes å være (Scott 1987:496). Eller som mellomlederen sa det; "jeg tror ikke det er uvilje, men det er liksom [det] å se mulighetene i forhold til det. Jeg tror det ligger veldig mye i at 'vi gjør sånn som vi alltid har gjort det'" (S9, Mellomleder Personal, intervju 26.04.2005). Når en ordning er blitt akseptert og tatt-for-gitt, betraktes den gjerne som naturlig eller opplagt av involverte aktører (Oliver 1992; Scott 1987; Zucker 1987). Selv om det i stor grad var slik for informantene på Psykiatrisk, var det likevel enkelte som prøvde å forklare *hvorfor* de handlet som de gjorde:

Jeg opplever det *vanskelig* å *forklare* på en måte helheten ... til deg som på en måte er utenfor ... Å på en måte forklare den verden som man sitter med oppe i hodet sitt, i noenlunde enkle ord. Ja, det er vanskelig å få en følelse av hvordan jeg skal gjøre meg *forstått* i forhold til hva som ligger *bak* tankene om *hvem* du velger inn, for det er sammensatt. [...] I psykiatrien så har vi hatt det sånn i alle år, at vi har vært litt sånn et stedbarn i forhold til det der med at man er *vant* til å bruke mye ufaglærte. Men *jeg* har i grunnen aldri jobbet så mye på den måten, sånn at jeg har ikke den arven. Jeg tenker at vi trenger fagfolk [...] og fagfolk det er for meg *helst* folk med høyskoleutdanning. Altså, jeg ville aldri ha byttet ut en sykepleier med en hjelpepleier. Jeg synes ikke det, altså det er jo langt fra det samme for oss sånn kunnskapsmessig (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Som det fremgår her, var ikke alle ansatte på Psykiatrisk like komfortable med den tradisjon som de arbeidet innenfor. Tross motstand mot det dominerende tankesett, eller deler av dette, var de likevel i stor grad tro mot systemet. Den psykiatriansatte som er sitert her, fortalte for eksempel at det i enkelte tilfeller ble sett på som helt greit å være færre sykepleiere på jobb enn det som fremgår av vaktplanen:

Man kan tenke at hvis jeg har fire sykepleiere på kveld og så blir *en* syk, hvorfor bruker jeg ikke KomSe på den ene vakten? Men det er fordi at jeg tenker at de tre sykepleierne som er igjen de får nok gjort jobben den kvelden. De får kanskje snakket med en pasient eller to eller tre mindre, men for meg å bruke en ekstravakt til den vakten, det blir en avveining (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Praksisen som omtales her, ble av den psykiatriansatte koblet til forventningen om at en leder skal ta *både* faglige og økonomiske hensyn. Som leder har en med andre ord ikke bare ansvar “for å sikre det faglige”, men “også ansvar for at budsjettet skal gå noenlunde i hop” (ibid.). Dette utdypet den psykiatriansatte på denne måten:

Jeg tenker at man kan ikke gjøre jobben sin uten å tenke at jeg er nødt til å ha to tanker i hodet samtidig. [...] Man kan ikke sitte som personalansvarlig og budsjettansvarlig, og klage over at man skal ha to tanker i hodet på en gang. For det å dele de to tingene er jo egentlig helt umulig. [...] Jeg er nødt til å ta ansvar for, jeg er *nødt* til å kunne se to ting samtidig (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Med støtte i økonomiske argumenter kan en sykepleieleder forsøke å legitimere, og også oppnå legitimitet, om beslutningen om å klare seg med færre sykepleiere på jobb. I så tilfelle blir økonomien og gjerne hensynet til et stramt budsjett brukt til å forsvare og å forklare en bestemt bemanningspraksis, og følgelig også bestemte prioriteringer og valg. Det er en utbredt oppfatning at forutsetningene for “å klare seg” er gode, dersom personalet er godt kjent med hverandre og med pasientgruppen(e). Derfor blir det ikke alltid vurdert som viktig at den ekstra personen på jobb – vikaren – er sykepleier. Den rådende oppfatningen er til forskjell at en ukjent sykepleiervikar trolig vil fungere dårligere enn en godt kjent og erfaren assistent, i form av for eksempel en sykepleier- eller medisinstudent. Slik snakket i hvert fall

enkelte informanter på Psykiatrisk, om sine prioriteringer på bemanningsområdet. I vurderingen av en potensiell vikar eller ansatt ble det, i tillegg til den formelle kompetansen, lagt vekt på *personlig egnethet* for jobben:

Når du jobber med dette her, så blir du opptatt av egnethet og de faglige kvalifikasjonene til dem som kommer inn (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005).

80 prosent av assistentene er erfarne og har jobbet her en stund. Så skjer det utskiftninger inni-mellom. Jeg lyser ut og får sikkert 100 henvendelser i året av folk som er langtkomne studenter innenfor medisin og psykologi som ønsker ekstravakter. Så du kan egentlig velge og vrake blant de flinkeste. [...] Jeg har jo også folk som studerer andre ting som er naturlig egnet, som gjør det veldig bra. Det er klart at de blir ikke satt til de mest krevende og tyngste pasientene (ibid.).

Kravet om personlig egnethet og relevant pasienterfaring var viktige i forhold til både dem som var tiltenkt faste eller midlertidige stillinger, og i forhold til innleide vikarer:

Somatikken er jo en ting, der har du på en måte grunnleggende teknisk opplæring i prosedyrene som trengs på de postene. Her er det på en måte *relasjonelt* arbeid du skal gjøre. Det er helt avhengig av at de [som kommer inn som vikarer] har en personlig egnethet i forhold til pasientgruppen, og at de har vært her og blitt trygge. For det å *ta* inn en ekstern person som skal være her i to dager, det er *mer* krevende enn å la være. For da er den personen så fersk og ukjent, og særlig hvis han ikke har noe særlig med erfaringer fra akuttpsykiatri, så vil ikke han ta det. Så det er fordelene med KomSe at de som kommer, de kommer igjen og igjen og igjen. Og du kan bruke de [vikarene] nærmest som ansatte, ikke sant? De kjenner pasientgruppen og pasientene kjenner igjen dem (S17, Avd.spl. Psykiatrisk, intervju 27.09.2005).

Med opprettelsen av Vikarsenteret, og derigjennom tilbudet om intern innleie, ble det enklere for avdelingssykepleierne på Psykiatrisk å skaffe sykepleiere til å arbeide som vikarer og til å skape en viss kontinuitet i forhold til sykepleiervikarer som ble benyttet. Kontinuiteten bidro til at vikarene ble kjent på avdelingen, og på den måten skaffet relevant kompetanse og erfaring. For enkelte var det imidlertid ikke nok at Vikarsenterets vikarer var å betrakte som kjente personer med relevant kompetanse for avdelingen. De ønsket fremfor alt en økt grunnbemanning:

Det ønskelige for oss er å få økt grunnbemanningen sånn at det blir bra nok. Sånn som det er nå så er det *helt* på håret. [...] På kveld og på helg må vi ha flere, men vi *får* jo ikke det, i hvert fall ikke i år. [...] Vi trenger to fulle stillinger til for å komme opp i det vi trenger. [...] Det løser vi med å *klare* oss, vi leier ikke inn. Det har med kontinuitetsarbeid å gjøre rett og slett. [...] I dag er vi jo for eksempel bare tre stykker på skift lørdag og søndag, hvor *to* kanskje er sykepleiere og *en* ufaglært, og det er veldig lite. [...] Da kan det være 12–13 pasienter. [...] Hvis noen er syke så leier vi inn en eller annen assistent. [...] Det er en eller annen ufaglært. Det er student, ja. [...] Den [praksisen] har vi hatt i *økende* grad (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Så lenge bruken av ufaglærte assistenter/ekstravakter er rimeligere enn sykepleieinnleie, kan det være vanskelig for en leder å skape legitimitet om prioriteringen av intern og/eller ekstern innleie fremfor førstnevnte ordning. På Psykiatrisk har avdelingssykepleierne egne *ekstravaktbudsjett* (EFO), som gir dem oversikt over hvor mange vikar/ekstratimer de til enhver tid kan øke grunnbemanningen med. Disponeringen av timene eller pengene, er opp til den enkelte leder å bestemme:

EFO-systemet er det aller siste nye nå – det verktøyet som de kaller for EFO ... Ekstravakter, ferie, overtid [for oss] her i psykiatrien. Og det er iverksatt av direktøren, med et ønske om at alle postene skal bruke det. [...] Man har rett og slett et ekstravaktbudsjett, altså et budsjett som går utover grunnbemanningen. Og dette utgjør da en sum, i kroner og øre, og det har de gjort om til antall *timer* som man kan leie inn folk for per uke. [...] De har vel rett og slett prøvd å gjøre en snittvurdering av kostnadene, og så delt på ett år og så delt på per uke. [...] En post har kanskje 200–300 sånne timer i uken, og det skyldes at de har et stort ekstravaktbudsjett, fordi de hele tiden må leie inn for å ha A-vakter og B-vakter. [...] Altså; det å sitte vakt på pasienter. [...]. Så plottes [man] inn i regnearket hvor mange [man] leier inn ... utenom. [...] Det kan være seg KomSe eller [ringe-]liste eller overtid eller merarbeid [...] Så det er jo en annen måte som igjen sikkert skal gi økt bevissthet omkring dette med 'penger inn, penger ut' (ibid.).

Med et slikt system kan det vanskelig unngås at forskjellige vikar-/bemanningsordninger får tildelt en spesifikk prislapp, og at prisen kan bli et styrende element i ledernes bemanningsarbeid:

Det blir alltid en avveining opp mot kostnader. Når jeg ser på bemanningen på dag [...] så *teller* jeg, rett og slett fordi jeg har en formening oppi hodet, hvor mange vi må være ... Og for å spare penger så kan det hende at jeg ikke leier inn [for] den siste sykefraværende, fordi at det egentlig ikke vil bety noe fra eller til å ha inne en ufaglært gående der. Men dersom det var en av de faste sykepleierne som var på jobb der, så ville vi merket stor forskjell. Da ville det *skjedde* ting, det ville blitt gjort ting, samtaler med innhold, planer med innhold, samarbeidsmøter ville bli avtalt, teammøter ville blitt avholdt. [...] Den [ufaglærte] den kan ikke gjøre noe av *det* der [...] Det blir satt på vent. Den enkelte enhetsleder [avdelingssykepleier] må rett og slett vurdere; 'dersom jeg har 100 kroner å bruke og jeg trenger å leie inn fem utenom budsjettet, hva tar jeg da?' Tar jeg da fem assistenter, sånn at vi i hvert fall har nok folk på jobb slik at det blir trygt for alle å være på jobb? At det ikke skjer utageringer som vi ikke har nok folk til å håndtere osv. Da tror jeg at jeg ville endt opp med å bruke de fem beste som jeg kunne få tak i, av ufaglærte, fordi jeg hadde 100 kroner å bruke. Men så kunne jeg jo sagt: 'Ja, jeg driter i om jeg har 100 kroner, jeg leier inn fem stykker fra KomSe'. Det kom på 5000 kroner. Og jeg vet jo ikke, det kan hende at det drives sånn noen steder ... Det sitter langt inne [her]. Det er nok ikke noen legitimitet for å bruke 5000 kroner utenom budsjett, fordi at man jo har mulighet til å få tak i sykepleiere (S20, Ansatt Psykiatrisk, intervju 16.03.2006).

Som det påpekes her, er det ikke "noen legitimitet for å bruke 5000 kroner utenom budsjett" (ibid.). Dette setter ord på den *lydighet* som sykepleieledere på Psykiatrisk har i forhold til budsjett og økonomi-/sparekrav. Situasjonen fører til at det blir mer vanlig og akseptert å velge fem assistenter, om en har 100 kroner tilgjengelig for bruk, enn å leie inn fem interne sykepleiervikarer (fra KomSe) til en pris av 5000 kroner.

I tilfeller hvor innleiemodellen er blitt benyttet på avdelingen har det først og fremst vært i form av intern innleie, og da især som et alternativ til overtid. De avdelingssykepleierne jeg intervjuet hadde gjennomgående en positiv holdning til den interne vikarordningen, og det ble derfor ansett som aktuelt å bruke *mer* av denne ordningen i tiden fremover. Synspunktet var økonomisk fundert, med vekt på at intern innleie er rimeligere å benytte enn overtid. Dernest var hensynet til egne ansatte av betydning. Utstrakt bruk av overtid var helt klart en belastning for de ansatte. Dersom bruken av intern innleie kunne redusere overtidsbruken, ble det vurdert som positivt.

Begrensninger i rollen som enhetlig leder, til å velge vikar- og bemanningsordninger etter eget faglig skjønn, gjør det imidlertid vanskelig for avdelingssykepleiere å initiere brudd med gjeldende bemanningspraksis. Deres frihet og selvstendighet i bemanningsarbeidet begrenses av streng budsjettdisiplin, det faktum at de innehar en klar mellomposisjon som ledere og psykiatriens tradisjon med aktiv bruk av ufaglært arbeidskraft i deler av pleiarbeidet. Disse forholdene har, sammen med den rådende budsjettdisiplinen i organisasjonen, lagt en demper på avdelingens adoptering av innleiemodellen.

8.8 Den interne vikarordningens skjebne kommer på spill

Selv om den interne vikarordningen ble gjennomgående positivt mottatt i organisasjonen, ble det etter hvert klart at satsingen på intern innleie ikke hadde vært så vellykket som Personalavdelingen hadde ønsket. Etter at ordningen hadde vært i bruk i to–tre år, benyttet fortsatt flere ledere tradisjonelle vikar- og bemanningsordninger i situasjoner hvor intern innleie alternativt kunne blitt brukt. Et lederutviklingsprogram, ment for samtlige ledere i sykehuset, ga Personalavdelingen et inntak for å lære ledere opp til å gjøre (i deres øyne) riktige (bemannings-)valg, til å bli fortrolige med tildelt budsjettansvar og til å være kostnadsbevisste i sine handlinger. Eller som en av de personalansatte beskrev det; Personalavdelingen arbeider aktivt for å “øke deres [ledernes] kompetanse til å *vurdere* situasjonen og treffe de riktige valgene” (S16, Ansatt Personal, intervju 07.10.2005). En av de øvrige personalansatte kommenterte det slik:

Vi lærer opp lederne til å tenke på en annen måte. Vi driver en lederutvikling, bredt. I tillegg driver vi óg med å gi dem verktøyene til å være gode ledere. Vi hjelper de på alle mulige områder og vi prøver å jobbe smartere (S11, Ansatt Personal, intervju 27.09.2005).

Drøyt to år etter oppstarten av Vikarsenteret, utarbeidet Personalavdelingen en orienteringssak til sykehusledelsen som hadde senterets drift og videreutvikling som tema.¹²⁹ På dette tidspunktet var senteret i dårlig økonomisk forfatning, noe som skapte usikkerhet i forhold til senterets fremtid. Sykehusledelsen diskuterte saken på et møte høsten 2005:

Vi [Vikarsenteret] var jo så dårlig økonomisk [i 2005]. Den gangen så hadde [Vikarsenteret] dårlig økonomi. Vi tapte mye penger på Vikarsenteret. Og det hang litt i en tynn tråd i en periode. Senhøsten [2005] da kom det opp i foretaksledelsen. De diskuterte Vikarsenteret og Vikarsenterets rolle fremover. Og på det tidspunktet så hadde Vikarsenteret gått veldig dårlig økonomisk. Vi hadde vel et underskudd på bortimot X millioner. [...] På et tidspunkt så var det: ‘Skal vi virkelig subsidiere X millioner kroner på en tjeneste?’ ‘Kunne vi ikke fått tjenesten like billig ved bare å bruke Adecco eller?’ ‘Hvorfor skal vi ha et eget vikarbyrå?’ Ikke sant? Men samtidig så vi at det jo var en markedsregulator, for vi holdt jo prisene nede på de eksterne byråene (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006).

Da ledermøtet fant sted, var det uvisst om den interne vikarordningen ville fortsette å eksistere. Enkelte mente at sykehuset burde gi opp ambisjonen om intern sykepleieleie og isteden basere seg utelukkende på bruk av ekstern innleie ved spesielle personell-/vikarbehov. Personalavdelingen ville det annerledes, selv om også de innså at det var enkelte problemer med den interne vikarordningen:

Det var en del ting som ikke var helt optimalt. Så de [sykehus-/foretaksledelsen] var litt i stuss på om de skulle satse på Vikarsenteret eller om vi bare skulle satse på eksterne byråer ... Men vi [i Personalavdelingen] så jo at Vikarsenteret jo har et potensial og min sjef, Personal- og organisasjonsdirektøren, la jo det fram og fikk da med seg dem på at vi måtte satse, prøve litt til. For vi skulle gjøre noen store grep. Vi fikk en økonomisk analyse som lå til grunn ... og så har vi óg en medarbeiderundersøkelse og vi har en brukerundersøkelse: Tre undersøkelser som ga oss noen retninger om hva vi skulle satse på (ibid.).

Personalavdelingen anbefalte en rekke tiltak for å få den interne vikarordningen levedyktig på sikt. For det første ble det ansett som viktig at Vikarsenteret hadde 1) “et fast forholdstall mellom fast ansatte og ansatte på timeavtale”, 2) en “gitt omsetning/antall ansatte”, og at det ble 3) “mindre hospitering ved avdelingen (gratis opplæring/tilpasning)”. Muligheten for “en tilnærmet full faktureringsgrad, altså full utnyttelse av egne fast ansatte”, ble hevdet å være mulig dersom en “sikre[t] at ALL vikarinneleie går via vikarsenteret på sikt når driften er sunn og i balanse”. Dette innebar at det skulle være “vikarsenterets oppgave å videreformidle oppdragene til eksterne vikarbyrå som de selv ikke har kapasitet eller kompetanse til å utføre” (Saksinnmelding 2005). Dette opplegget atskilte seg fra den gjeldende praksis, hvor det var

¹²⁹ Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus: Saksinnmelding til møte i foretaksledelsen 11.09.2005: *Vedrørende: Helse Bergen sitt vikarsenter (KomSe og VISS), drift og videreutvikling*. Denne referansen vil heretter bli betegnet som Saksinnmelding 2005.

avdelingene selv – ved deres ledere – som bestemte hvorvidt intern og ekstern innleie skulle brukes.

Forslaget om å la all vikarinneleie gå via Vikarsenteret er likelydende med forslaget som senterets prosjektleder fremmet i 2002; *før* det var leid ut noen interne sykepleiervikarer overhodet. Dette forslaget gikk som kjent ut på at det ikke skulle være mulig for ledere med bemanningsansvar å velge bort den interne vikarordningen til fordel for et privat vikarbyrå. Sykehusledelsen stilte seg positiv til forslaget, men vedtok det ikke da det ble antatt å kunne være i strid med intensjonen om enhetlig ledelse (jf. delkapittel 7.5). Da forslaget ble fremmet på ny i 2005, som ledd i Personalavdelingens redningspakke for Vikarsenteret, hadde både Personalavdelingen og sykehusledelsen god kjennskap til hva denne ledelsesreformen hadde medført av endringer i organisasjonen, og større visshet om hvilke retningslinjer som kunne pålegges enhetlige ledere. Personalavdelingen mente at et opplegg hvor Vikarsenteret ble gitt en “overordnet koordineringsfunksjon”, med “ansvar å koordinere all ekstern vikarinneleie av merkantilt ansatte og av sykepleiere/spesialsykepleiere og jordmødre”, ville være fordelaktig av flere grunner. Opplegget ble hevdet å sikre 1) “full utnyttelse av egne vikarressurser”, 2) “minst mulig bruk av dyrere eksterne løsninger”, 3) “unødvendig overtid på avdelingenes egne ansatte”, og 4) at alle sykehusavdelingene adopterte intern innleie som ordning (Saksinnsending 2005).

I saksinnsendingen ble det gitt en skjematisk fremstilling av sykehusets vikarmarked, som viste at vikarutleien fra Vikarsenteret var firedoblet i løpet av 2003–2005, samt at omfanget av intern utleie var større enn bruken av ekstern innleie i sykehuset. Fremstillingen inkluderte ut-/inneleie av *både* sykepleiere og merkantilt personell.¹³⁰ I forhold til Adecco ble det vist til at dette vikarbyrået hadde “mer enn halvert sin omsetning” når gjaldt utleie av sykepleier og merkantilt personell til sykehuset i perioden.¹³¹ Det andre private vikarbyrået som sykehuset hadde avtale om sykepleieinneleie med i den aktuelle perioden, PowerCare, hadde på sin side

¹³⁰ Omsetningen av intern *sykepleieinneleie* i sykehuset ble om lag *firdoblet* i perioden 2003–2005 (Tall mottatt på e-post 21.02.2007 og 25.03.2009 fra S27, Leder for Det interne vikarsenteret).

¹³¹ Tall jeg har mottatt fra Adecco viser omfanget av *helseutleie* fra Adecco til sykehuset/helseforetaket i perioden 2002 til 2006. For denne perioden samlet sett er det en *vekst* i helseutleie. For årene 2003–2005, som er den angitte perioden her, er det likevel en liten nedgang. Med helseutleie menes utleie av sykepleiere, spesialsykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter. De siste to gruppene er lite representert. Adeccos omsetningstall for helseutleie til sykehuset/helseforetaket for de forskjellige årene er: 2002: 1,981 mill., 2003: 5 mill., 2004: 3,2 mill., 2005: 3,4 mill. og 2006: 4,7 mill. Dette er opplysninger jeg har mottatt på e-post 16.04.2009 fra en avdelingsleder for Adecco Helse. Tallene er bekreftet i flere telefonsamtaler med samme person.

nær firedoblet omfanget av sykepleieutleie til sykehuset (Saksinnmelding 2005). Fra dette byrået leide sykehuset utelukkende inn spesialsykepleiere.

Dette gir samlet sett et bilde av ekstern og intern sykepleieinnleie i sykehuset som ganske så sammenliknbare størrelser i perioden 2003–2005. Både i 2003, 2004 og 2005 var omfanget av ekstern innleie (fra Adecco og PowerCare) noe større i omfang enn intern innleie. Begge vikarformer øker i omfang utover i perioden, og øker på den måten at de mer eller mindre fordobler omfanget/omsetningen. Med bakgrunn i dette kan det slås fast at det i løpet av adopteringsprosessen har funnet sted en generell økning i bruken av *sykepleieinnleie* i sykehuset. I saksinnmeldingen fra 2005 forklares sykehusets fortsatte bruk av ekstern innleie med at Vikarsenteret ikke har hatt kapasitet til å betjene vikarbehovet ved samtlige sykehusavdelinger. Dersom sykepleieledere får nei på sine bestillinger om intern innleie, har de gjerne kontaktet et privat vikarbyrå og/eller pålagt ansatte å arbeide overtid:

I dag må en i perioder si nei til oppdrag grunnet for få ansatte og det gir også tapte inntekter, spesielt i pressperioder om sommeren. I første halvår i år sa Vikarsenteret nei til oppdrag tilsvarende ca. X timer som tilsvarer ca. kr. X millioner. [...] De fleste av disse gikk sannsynligvis videre til de eksterne byråene og eller til overtid på egne ansatte. Når vi vet at eksterne byrå er dyrere og at overtid på egne ansatte er dyrere, så blir det en merkostnad for [sykehuset] (Saksinnmelding 2005).

Slik Personalavdelingen vurderte situasjonen lå det en opplagt *økonomisk* gevinst i å øke bemanningen i Vikarsenteret, slik at senteret i større grad kunne betjene sykehusets vikarbehov. Klarte man å erstatte en stor del av bruken av overtid og ekstern innleie med intern innleie, ville dette gi store økonomiske innsparinger. I saksinnmeldingen til sykehuset var dette poenget fremhevet flere steder:

Dersom vikarsenteret ikke kan utvide driften vil det fremdeles være en viss lekkasje av vikaroppdrag til eksterne dyrere vikarbyrå (Saksinnmelding 2005).

Dersom vikarsenteret skulle avvikles, så vil en risikere å ta bort den markedsregulerende funksjonen som en i dag har og åpne opp igjen for markedet for eksterne vikarbyrå, med den følge at prisene vil kunne øke på sikt. Dette vil kunne føre til at [sykehuset] totalt sett bruker mer penger på vikarinnleie enn det merforbruket en har ved å drive et eget vikarbyrå (ibid.).

Momentet om at den interne vikarordningen hadde en *prisdempende* og *markedsregulerende* funksjon, i forhold til det private utleiemarkedet, ble også fremhevet i intervjusammenheng:

Vikarsenteret har hatt en funksjon. De har hatt en prisdempende funksjon og de har hatt en slags markedsregulerende funksjon [...] i forhold til de eksterne [vikarbyråene som] er blitt mye billigere. [...] Jeg har en teori om at det [skyldes at Vikarsenteret ble opprettet]. [Vikarsenteret] er det jeg

kaller en markedsregulator. [...] Regulator og økonomikontroll. Vi kontrollerer på en måte markedet vårt faktisk, i motsetning til at det er markedet som bestemmer. Det er vi som bestemmer over markedet omtrent altså. [...] Jeg tror at vi kanskje er en markedsregulator fordi [helseforetaket] er så stort (S11, Ansatt Personal, intervju 27.09.2005).

I sin argumentasjon for en mer omfattende bruk av intern innleie i organisasjonen, gjorde Personalavdelingen også bruk av enkelte *faglige* argumenter. Det ble bl.a. gjort et poeng av at de interne vikarene hadde god kompetanse, og dermed var faglig dyktige. Den interne vikartjenesten ble med andre ord koblet til både det økonomisk-administrative og det sykepleiefaglige rasjonalet:

Det er flere avdelinger som bruker oss [Vikarsenteret], men du kan si de avdelingene som har brukt oss en del, de har også begynt å bruke oss mer. Og årsaken er nok at de begynner å bli vant til å tenke økonomi ved vikarbruk og belastning på sine egne ansatte. De er flinkere til å vurdere når de må bruke vikarer fra vikarsenteret. [...] Det går på at det er billigere, men det går i hovedsak på at vi har kvalitet på sykepleierne. De kjenner etter hvert vikarene våre, for det er ofte de samme som kommer igjen. De ser også mer på overtidsbruken blant sine egne, for de ønsker ikke å ha så mye 100 prosent overtidsbruk. [...] De avdelinger som bruker oss mye er klar over de anbefalte retningslinjene. De som ikke bruker oss så mye, har gjerne ikke fått med seg akkurat den 'mailen' [med prioriteringslisten]. [...] Kunnskapen om at vi er billigere enn 100 prosent overtid er blitt mye mer spredd rundt til avdelingene, så det er jo med på å danne grunnlaget for den økonomiske vurderingen (S9, Mellomleder Personal, intervju 09.12.2005).

Da sykehusledelsen diskuterte Vikarsenterets videre skjebne i 2005, var det ikke mulig for senteret å påta seg den koordineringsfunksjon som Personalavdelingen foreslo. Til det var ikke senterets økonomi god nok, og i tillegg manglet senteret personell. Forslaget om å la senteret håndtere alle forespørsler om sykepleieinnleie ble derfor lagt i bero inntil videre. Det ble bestemt at det i første omgang skulle arbeides for å effektivisere driften av senteret (2005–2006). Dernest skulle senteret få ansvaret for all innleie av sykepleiere og merkantilt personell fra private vikarbyråer til sykehuset (høsten 2006). Det tok ikke lang tid før man så resultater av innsatsen, og det igjen ble aktuelt å legge ned *påbud* om at ledere skulle kontakte Vikarsenteret ved behov for sykepleieinnleie:

[Vikarsenteret] var jo så dårlig økonomisk [høsten 2005], sånn at vi kunne ikke pålegge dem [sykehusavdelingene] å bruke Vikarsenteret sånn som det da lå an, så det gjorde vi ikke. Så det er *fritt* for alle [avdelinger] til å bruke de løsninger de vil ute nå. De kan velge om de vil bruke internt eller eksternt vikarbyrå. Det er jo mer aktuelt nå enn sist vi snakket sammen [sept. 2005]. Nå går det jo veldig bra. Så nå har vi lagt et skikkelig fundament. Altså, vi har bygget en grunnmur som står på en måte da, så det er nå vi på en måte kan bygge resten av huset holdt jeg på å si. Hvis du skjønner metaforen. Det er det som er hele poenget. [...] Jeg tror at det kan være det å samle alle ... At for eksempel all vikarinneleie skal gå gjennom Vikarsenteret. Og da gjelder det å pålegge alle å bruke Vikarsenteret fordi at da kan vi på en måte gi dem *bedre service*, *bedre tjenester* og de kan bruke mindre tid ute [på sykehusavdelingene] på å *ringe*. Sånn som det er nå så bruker alle avdelings-sykepleierne, ikke alle, men mange, telefonen for å få tak i vikarer. Så ringer de litt til Adecco og litt

til Manpower og litt til Vikarsenteret, og kanskje ringer de til NursePartner og TransMedica og alt dette her (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006).

Da dette intervjuet fant sted i 2006 var det nesten ett år siden sykehusledelsen hadde diskutert Vikarsenterets drift og fremtid. Fremdeles hadde det ikke kommet noe krav om at lokale ledere skulle kontakte Vikarsenteret ved behov for ekstra sykepleiere, men dette ble fortsatt ansett som en mulighet. Det “å pålegge alle å bruke Vikarsenteret”, ble vurdert som et naturlig neste steg i prosessen (ibid.). Opplegget skulle få ledere på sykehusavdelingene og sengepostene til å ringe inn *alle* sine vikarbehov til Vikarsenteret, som på bakgrunn i bestillingene ville besørge at riktige vikarer kom på plass:

I fremtiden er det egentlig meningen at de bare skal ringe ett nummer for å få hjelp: ‘Jeg trenger en *god* vikar som skal komme klokken tre’, og så kommer det en god vikar klokken tre. Og det tok dem *ti* sekunder å ta den telefonsamtalen, istedenfor å ringe fem forskjellige, og høre masse fram og tilbake, og bruke masse tid som de kunne brukt på pasienter eller på ledelse eller et eller annet fornuftig. [...] Vi må kunne levere varene, selvfølgelig. Da er vi *nødt* til å levere varene. Da må vi få justert bemanningen, slik at vi får levert varene. Det er kjempeviktig. Men da er det meningen at enten skal Vikarsenteret levere varene selv, eller så kan Vikarsenteret ringe til Manpower, Achima eller ‘what ever’ altså. [...] Jeg tror at vi skal få det til. Ja, jeg er helt *sikker* på at vi skal få det til (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006).

Inntil videre har avdelingssykepleiere, og andre ledere med bemanningsansvar, hatt mulighet til å leie inn sykepleiere fra både Vikarsenteret og private vikarbyrå. Siden årsskiftet 2005–2006 har sykepleieinnleie vært mulig fra en rekke private vikarbyrå; mange flere enn de to som sykehuset opprinnelig inngikk innleieavtale med. Dette har bakgrunn i at det regionale helseforetaket som sykehuset er del av, inngikk en omfattende anbuds-/rammeavtale som hadde virkning fra dette tidspunktet.

8.9 Den eksterne vikarordningen ekspanderer

Den nye rammeavtalen i helseforetaket gjaldt ikke bare sykepleiere og spesialsykepleiere, men en rekke andre yrkesgrupper som sykehuset trenger.

Vi kjøpte da samtidig alle andre typer vikartjenester, bortsett fra leger og komplette helseteam, men vi kjøpte altså rørleggere og alt mulig alt annet kan du si. Sekretærer og alle mulige sånne ting (S18, Innkjøpsrådgiver, intervju 17.02.2006).¹³²

¹³² De arbeidstaker-/yrkesgrupper som var inkludert i anbudet, var sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre, radiografer, bioingeniører, farmasøyter, ambulanspersonell, apotekteknikere, portører, rengjøringspersonale og -assistenter, resepsjonister, sekretærer, ingeniører og ulike typer teknisk personell (Helse Vest: *Konkurransegrunnlag: “Vikartjenester”*. Tilbudsfrist: 17.02.2005).

Avtalen ga sykepleieledere anledning til å leie inn sykepleiere fra åtte forskjellige vikarbyrå. I starten var verken Adecco eller PowerCare, som sykehuset hadde hatt innleieavtale med, blant de utvalgte vikarbyråene. Grunnen skal ha vært at de to byråene hadde for dyre priser på sine sykepleiervikarer. Etter nye forhandlingsrunder og innspill fra sykehusledere ble likevel de to byråene tatt med i anbudet (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006).¹³³

Det var jo veldig mange firmaer som søkte [og] prisen fra Adecco utgjorde såpass mye at de datt ut. [...] [I forhold til PowerCare] var det helt klart pris. De var utrolig mye dyrere enn tilsvarende danske firma, for eksempel. Så de har rett og slett priset seg helt ut. [...] 60 prosent av totalvurderingen lå vekt på pris (S9, Mellomleder Personal, intervju 09.12.2005).

I vurderingen av vikarbyråenes tilbud ble prisen vektet 60 prosent. De resterende 40 prosent i evalueringsmodellen var inndelt i følgende tre momenter: 1) kompetanse og service, 2) kapasitet og 3) behovsforståelse. Innkjøpsrådgiveren som hadde arbeidet med det aktuelle anbudet forklarte det slik:

Denne evalueringsmodellen for vikarbyråer, den inneholder [elementer som] heter kompetanse og service, den heter kapasitet og den heter behovsforståelse. Som da til sammen får 40 prosent av den totale evalueringen. Også har vi 60 prosent på den samlede prisevalueringen, der selvfølgelig timepris og overtid og stor-helligdag, og alle disse elementene inngår med bestemte vektinger, alt etter hvor mye vi regner med å bruke av de forskjellige elementene. Og så summerer vi dette da: Vår oppfatning av kompetanse og service, vår oppfatning av kapasitet – altså hvor mye de har å tilby – og vår oppfatning av hva vi mener de har forstått med behovsforståelse (S18, Innkjøpsrådgiver, intervju 17.02.2006).

Arbeidet med å få på plass den nye anbudsavtalen for sykepleieinnleie fant utelukkende sted på den administrative arenaen. Dette skiller seg fra arbeidet med den første innleieavtalen for denne typen personell, som involverte to representanter fra brukersiden; en avdelings- og en sykepleieleder (jf. kapitellavsnitt 7.3.2).

I den nye vikaravtalen, som trådte i kraft 1. januar 2006, var vikarbyråene som hadde avtale om sykepleieutleie rangert i forhold til hverandre. Øverst på listen sto et byrå som sykehuset ikke hadde brukt tidligere (Norsk Sykepleietjeneste). I Personalavdelingen stilte enkelte

¹³³ Adecco fikk fornyet avtale i siste runde av anbudsprosessen fordi det i tilbudet til ett av vikarbyråene som var blitt valgt som leverandør av sykepleiervikarer, ble gjort en endring i priselementet som førte til at det ble bestemt å ta inn enda en leverandør (S18, Innkjøpsrådgiver, intervju 17.02.1006). Avtalen med PowerCare kom i stand fordi noen av sykehusets ledere hadde problemer med å få leid inn spesialsykepleiere og jordmødre fra de vikarbyrå som sykehuset hadde inngått avtale om sykepleieinnleie med, og av den grunn fortsatte å leie inn denne typen sykepleiere fra PowerCare. Som en konsekvens inngikk helseforetaket en fornyet innleieavtale med det danske vikarbyrået (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006).

spørsmål ved det fornuftsmessige i at avdelingssykepleierne skulle forholde seg til en *prioritert* rekkefølge av vikarbyråer:

Det er klart, at byrå med avtale skal prioriteres, og jeg vet i hvert fall at nummer *en* er Norsk Sykepleietjeneste. De har kontor her i byen og jobber egentlig sånn som Adecco gjør. Nå skal selvfølgelig de komme inn, de skal få en sjanse og vise at de kan levere på lik linje og bedre enn Adecco har gjort. Men det er klart at det blir veldig vanskelig for avdelingssykepleierne som skal henvende seg til flere byråer og også ha oversikt over hvilken rekkefølge de skal ringe (S9, Mellomleder Personal, intervju 09.12.2005).

Som tidligere, var Personalavdelingen kritisk til at lokale ledere skulle avgjøre i hvilke tilfeller det skulle leies inn eksterne vikarer og selv ordne med vikarbestillinger:

Hadde på en måte alt gått gjennom oss [Vikarsenteret], så hadde det blitt mye enklere for oss og avdelingene og gjøre dette rett. [...] Det som jeg i hvert fall ser som en fordel, men [som] det ikke er mulig å bruke nå, er at vi tar direkte kontakt med de eksterne byråene. Det vil gjøre alt mer effektivt, både for dem som er ute på avdelingene og det vil gjøre det mer effektivt for oss, for da kan vi bruke våre [interne vikarer] først. Det tredje, og ikke minst viktige, er at vi også da har en noenlunde kontroll over hvilke vikarer som er inne på huset fra de eksterne byråene (ibid.).

Det snakkes her varmt om å sentralisere den bestemte bemanningsoppgaven. Som tidligere er budskapet at hvis bare administrasjonen/Vikarsenteret hadde tatt hånd om oppgaven med å skaffe ekstra sykepleiere i situasjoner hvor dette vurderes som *nødvendig*, hadde det blitt enklere og mer effektivt. Administrasjonen ville eksempelvis fått kontroll over sykehusets bruk av ekstern innleie. Den nye avtalen for sykepleieleie var tuftet på en overbevisning om at det i situasjoner med fravær av ansatte, kan være nødvendig med ekstern innleie. Avtalen kan følgelig anses som et resultat av at denne innleieordningen ble vurdert som et *nyttig* verktøy for sykehuset:

Dette her er jo først og fremst for å ta sykefravær, sommer[-perioden] og alle de tingene. Og hvis du leser tilbudsbrevene fra vikarbyråene, så vet de jo om *det*. Altså, det er helger, det er sykdom, det er sommer, det er påske og alle disse tingene. Og *det* behovet har vi jo kontinuerlig (S18, Innkjøpsrådgiver, intervju 17.02.1006).

8.10 Avsluttende diskusjon

I andre del av adopteringsprosessen er det en klar tendens til at sykepleieinnleie *normaliseres* og *stabiliseres* som ordning i sykehuset. De to variantene av innleiemodellen, ekstern og intern innleie, regnes begge som mulige vikarpraksiser blant organisasjonens medlemmer. Sykepleieinnleie fremstår ikke lenger som noe sykehuset helst bør unngå å bruke. Det som står i sentrum for oppmerksomheten er isteden å gjøre sykepleieinnleie til en mest mulig

funksjonell og kontekstspesifikk ordning. Dette handler om at de som bruker sykepleieinnleie har fylt ordningen med *mening* og *virksomhetsnært innhold*, slik at den er blitt forståelig og anvendbar i lokale praksisfelt; ved forskjellige sykehusavdelinger. Som resultat av at aktører i sykehuset har bidratt med *oversettelser* og *legitimeringer* av det bestemte innleiekonseptet, og *koblet* konseptet til forskjellige dominerende rasjonaler i organisasjonen, har ideen om sykepleieinnleie blitt til *meningsfulle* og *konkrete* vikarløsninger. Generelt defineres sykepleieinnleie som en mulig løsning på flere bemanningsutfordringer som fordrer tilførsel av sykepleiere. En betydningsfull kobling, som ligger til grunn for dette, er den som er blitt gjort mellom innleiemodellen og dominerende legitimitetsbaser (rasjonaler) i organisasjonen. Som vist ble ekstern innleie især koblet til en medisinsk-/sykepleiefaglig logikk, mens den interne innleieformen ble koblet til både denne og en økonomisk-administrativ logikk. Slike sammenkoblinger bidro til å produsere *legitimitet* om sykepleieinnleie i organisasjonen, og således til at sykepleieinnleie ble *akseptert* som ordning. Den viktigste årsaken til at ordningen har fått fotfeste i organisasjonen er imidlertid av mer pragmatisk karakter, i og med at det handler om aktørenes oppdagelse av at ordningen bidro til å skaffe kompetente sykepleiere på en rask og effektiv måte, og derfor hadde stor nytteverdi. En *pragmatisk* legitimitetsform (Suchman 1995:578) fanger opp dette forholdet, siden den nettopp baserer seg på nytte og interesser. Den legitimitet som innleiemodellen etter hvert oppnådde i sykehuset, handler primært om at sykepleieinnleie ble ansett for å ha en nyttig funksjon.

Selv om det i organisasjonen som helhet foreligger en utbredt oppfatning av sykepleieinnleie en nyttig ordning, finnes det ved de ulike sykehusavdelingene til dels store forskjeller i forståelsen og praktiseringene av ordningen. Sykehusavdelingene kan både ha forskjellige typer bemanningsutfordringer og ulike tradisjoner for hvordan utfordringer av denne typen bør/skal håndteres. Flere avdelinger bruker de samme vikar- og bemanningsordningene, mens enkelte andre ordninger er mer særegne for enkelte avdelinger. Av avdelingene i utvalget kjennetegnes Nevrologen ved, en etter forholdene, betydelig bruk av ekstern innleie. Her ble sykepleieinnleie etter hvert en vanlig måte å håndtere flere av de situasjoner som krever tilførsel av sykepleiere, slik som behandlingen av respiratorpasienter. Som hovedregel ble det leid inn sykepleiere istedenfor å belaste egne sykepleiere med overtid. Ved Psykiatrisk divisjon og Nevrokirurgisk avdeling ble til forskjell ekstern innleie brukt i svært liten grad. I løpet av andre del av adopteringsprosessen begynte samtlige tre avdelinger med intern innleie, samtidig som de til en viss grad fortsatte å bruke mertid, overtid og ringevikarer. Ved

Nevrologen fortsatte en å bruke ekstern innleie også etter å ha begynt med intern innleie. Den interne vikarordningen bidro imidlertid til å redusere bruken av eksternt innleid sykepleiepersonell. Psykiatrisk divisjon skiller seg ut med en utbredt bruk av ufaglært arbeidskraft.

Sykehusavdelingene domineres av ulike *spilleregler* for hvordan sykepleiebemanningen bør/kan organiseres. Ved de sykehusavdelinger som tok i bruk innleiemodellen i løpet av de årene som omfattes av studien, begynte etter hvert ledere og ansatte å betrakte sykepleieinnleie som en *mulig, rimelig og/eller riktig* løsning på *en eller flere* bemanningsutfordringer. Sykepleieinnleie sto følgelig frem som et *alternativ* til innarbeidete vikar- og bemanningsordninger slik som overtid og sykehusets ringe-/ekstravaktsentraler. Det fantes imidlertid ulike oppfatninger om *når* det var legitimt å leie inn sykepleiere, og om det først og fremst var riktig å leie inn sykepleiere fra det interne vikarsenteret eller et privat vikarbyrå. Mens enkelte ledere utviklet en vane for å bruke ekstern innleie som en foretrukket løsning, fremfor for eksempel overtid, var det flere andre som mente at den eksterne vikarordningen først bør brukes ved behov for spesialkompetanse hos en vikar (intensivsykepleiere og lignende).

De sykehusansattes forestillinger om når det er mulig og/eller riktig å anvende sykepleieinnleie bygger på *koblinger* mellom flere handlinger. *Kognitive* koblinger skjer typisk gjennom informasjonsspredning, *følelsesmessige* koblinger gjennom lojalitet og fortrolighet (til selve ordningen eller aktører som har relasjoner til denne), og *mimetiske* koblinger ved at aktører har skaffet seg innsikt i hverandres vikar-/bemanningspraksiser og vurderinger av disse (jf. Lindberg 2002:136–137). Generelt fikk ledere med bemanningsansvar mye *informasjon* om intern innleie, både før og etter oppstarten av ordningen i sykehuset. De fikk bl.a. informasjon om hvordan de rent *praktisk* kunne leie inn interne sykepleiere, og hva som var de antatte *fordelene* med en slik vikarordning. Når det gjelder den eksterne innleieformen er det fortrinnsvis private vikarbyråer som har stått for informasjonsspredningen. Vikarbyråene tok direkte kontakt med avdelings- og sykepleielederne ved flere sykehusavdelinger, og med ansatte i Personalavdelingen og enkelte andre sentraladministrative enheter. Det finnes også eksempler på sykehusledere som aktivt søkte etter informasjon om ekstern innleie på egen hånd. Informasjon og kunnskap om sykepleieinnleie fikk altså lederne fra flere hold. For enkelte var kontakten med ledere som benyttet seg av sykepleieinnleie, et viktig referansepunkt når de selv skulle sette i gang med samme vikarordning. Dette gjelder i forhold til både ekstern og intern innleie. Slik kontakt ga grunnlag for *imitasjon* av andres

måter å løse bemanningsutfordringer på, gjennom bruk av sykepleieinnleie. Innsikt i andre leders måter å bruke sykepleieinnleie på, fungerte som praktiske eksempler på *mulig* bruk av innleiemodellen. *Mimetiske* koblinger skjer nettopp ved at aktører som er involvert i oversettelsen av et konsept, får kontakt med hverandre, og sammenlikner rutiner, tanker og meninger rundt konseptet og den kontekst som dette inngår i. Basert på denne formen for kontakt har ledere i sykehuset fått innsikt i hverandres praktiseringer og vurderinger av sykepleieinnleie, hvorpå de har kunnet *etterlikne* hverandre. Kjennskap til andres innleieerfaringer (ekstern/intern innleie) kan tenkes å ha gjort det lettere å anvende modellen. Eller sagt på en annen måte; ved å få innblikk i andres innleiepraksiser, og vurderinger av de samme praksisene, er ordningen blitt anvendbar for aktører som i utgangspunktet ikke hadde egne erfaringer med denne.

Studien viser at sykepleieledernes erfaringer med sykepleieinnleie førte til endringer i de måter som de håndterte sykepleiebemanningen ved egen enhet. I større eller mindre grad førte erfaringene til at de “rules of appropriateness” som omgir lokale bemanningspraksiser ble endret, og erstattet med nye rutiner for og tanker om hvordan en eller flere bemanningsutfordringer bør/skal løses. Det at nye erfaringer kan føre til at denne typen regler endres, er omtalt av March og Olsen (2004:12–13), som forfekter at nye erfaringer kan føre til endringer i regler, institusjoner, roller og identiteter.

Også *følelsesmessige* koblinger, som generelt bidrar til å skape lojalitet og fortrolighet, har aktualitet for bruken og utbredelsen av sykepleieinnleie i sykehuset. Koblinger av denne typen kan bidra til å gjøre oversettelsesarbeidet *meningsfullt* for de involverte aktørene. Enkelte sykepleieledere som jeg snakket med, ga eksempelvis uttrykk for at det over tid hadde utviklet seg et slags *lojalitetsforhold* mellom dem som innleiere av sykepleiere og det vikarbyrå som de (primært) benyttet til dette formål. Slike lojalitetsforhold kunne også oppstå mellom ledere og ansatte i innleievirksomheten, på den ene siden, og innleide vikarer, på den andre siden. Dette gjaldt spesielt i de tilfeller hvor vikarene var innleid flere ganger, på oppdrag etter oppdrag, eller i flere lange perioder. Stor grad av kontinuitet i relasjonen mellom dem som befant seg på innleiesiden og vikarene som var innleid, var en forutsetning for slike følelsesmessige koblinger.

Det kan ikke utelukkes at sykepleieledere kan oppleve en moralsk forpliktelse til å bruke en vikar-/bemanningsordning fremfor en annen. Intervjumaterialet viser at sykehusavdelingene hadde innarbeidete bemanningsrutiner, og at sykepleieledere ofte hadde klare oppfatninger om hvilke ordninger som skulle eller burde brukes for å løse fraværssituasjoner og andre bemanningsutfordringer. Adopteringen av innleiemodellen, i form av intern og/eller ekstern innleie, førte flere steder til at sykepleieinnleie ble *institusjonalisert* som ordning i en eller flere former, og samsvarende at en eller flere øvrige – og langt mer tradisjonelle – vikar- og bemanningsordninger ble *deinstitusjonalisert* større eller mindre grad. Ved enkelte sykehusavdelingene erstattet sykepleieinnleie, som vist, bruken av overtid; som følge av forsvarlig mer eller mindre ut av det foreliggende bemanningsrepertoaret. Ved andre sykehusavdelinger var det først og fremst bruken av ringelister og ekstravakt-/ringesentraler som ble redusert, til fordel for især den interne formen for sykepleieinnleie.

Sykepleieledere som jeg snakket med ble etter hvert overbevist om at det er visse fordeler knyttet til bruken av sykepleieinnleie i enkelte situasjoner, slik som når alternativet er å pålegge sykepleiere å arbeide overtid, ha færre sykepleiere på jobb enn det som følger av vaktplanen eller la en ufaglært vikar erstatte en fraværende sykepleier. Dette angir en positiv *normativ* vurdering av innleiemodellen i form av intern og/eller ekstern innleie. Innleiemodellens normative eller moralske legitimitet er betinget av at ordningen med bruk av innleid sykepleiepersonell er et nyttig verktøy i anskaffelsen av sykepleiekompetanse og/eller arbeidsmiljø- eller personalmessige hensyn i form av redusert arbeidsbelastning på egne ansatte. Samtlige sykepleieledere i sykehuset vurderte både ekstern og intern innleie som faglig gode og nyttige vikarordninger, som var egnet til å få på plass kompetente sykepleiervikarer. Bruken av intern innleie ble i tillegg vurdert som en økonomisk fornuftig løsning.

Mens den *pragmatiske* formen for legitimitet baserer seg på at ordningen vurderes som *nyttig* i bestemte situasjoner (eksempelvis for å skaffe spesialsykepleiere som man ikke klarer å rekruttere på vanlig vis), reflekterer den *normative* legitimitetsformen en positiv vurdering av ordningen. Begge legitimitetsformer har aktualitet i forhold til sykehusets bruk av innleiemodellen. Sykepleieinnleie ble eksempelvis ansett som en foretrukket ordning fremfor overtid av flere sykepleieledere, grunnet en overbevisning om at dette var beste løsning normativt sett. Sykepleieinnleie fremstår i så tilfelle som den *riktige* tingen å gjøre. Praksisen hevdes å ha positive gevinster for de ansatte, som slipper belastende merarbeid. Også i de tilfeller hvor

sykepleieinnleie ble valgt av økonomiske hensyn, som når sykepleieledere forklarte at de leide inn interne sykepleiere istedenfor å bruke overtid, fordi dette er billigste løsning, var beslutningen grunnet i en oppfatning om at dette anses som den riktige tingen å gjøre. Det betyr at det fremdeles er den moralske eller normative legitimitetsformen som er den sentrale. Som sykepleieleder opplever en gjerne en forpliktelse om å ta hensyn til både økonomi og fag i sitt arbeid og sine prioriteringer, slik at begge forhold angir en interesse for å gjøre det man *bør* som leder. Sykepleieinnleie kan som nevnt bli brukt på bakgrunn av en overbevisning om at ordningen er rimeligere enn overtid, men også fordi ordningen anses som mer ønskelig og bedre (normativt) enn overtid og/eller den mest hensiktsmessige og nyttige løsningen i den situasjon lederen står i (pragmatisk).

For flere sykepleieledere er bruken av sykepleieinnleie og overveielser omkring dette blitt en så innarbeidet del av arbeidet at det er blitt til noe hverdagslig, som det ikke lenger stilles spørsmål ved. Dette angir innslaget av den *kognitive* legitimitetsformen, som ifølge Scott (2001:61) kommer av at aktører har adoptert en felles referanseramme eller situasjonsforståelse. På tampen av den perioden som omfattes av studien, i 2006, var det tydelig at sykepleieinnleie hadde ervervet en tatt-for-gitt-karakter i sykehusorganisasjonen. Ordningen representerte mulige og i enkelte tilfeller foretrukne vikarløsninger. Noen få år tidligere, var sykehusets ansatte og ledere fremdeles ukjent med sykepleieinnleie og det fantes generelt mye ideologiske motstand mot at helsevesenet skulle forsyne seg med helsepersonell fra vikarbyrå. Følgende uttalelse, fra en av de personalansatte, oppsummerer og poengterer utviklingen på en god måte:

Det har skjedd mye på disse årene: Det [sykepleieinnleie] har blitt mer akseptert. [...] Det virker sånn i hvert fall på de lederne som jeg snakker med ute [på avdelingene]. Det er ingen som har den ideologiske holdningen til det. Nei, den har ikke jeg merket de siste par årene i hvert fall. [...] Jeg har ikke merket det nå. Nå vil de mer ha hjelp til å få gjort jobben. [...] Så jeg tror det har skjedd en avideologisering eller hva du skal kalle det for noe. Ja, det er blitt litt mer sånn forretningsmessig det *meste* nå på sykehusene, ikke sant? De er blitt foretak. Det er blitt en endring der i holdningene og mentaliteten (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006).

En av de øvrige administrative ansatte i sykehuset, fortalte samsvarende at sykehusledere i dag generelt sett opplever at private utleiende av sykepleiere er til hjelp i bemanningsarbeidet:

Jeg ville faktisk gå så langt som å si at folk opplever at det er noen som kan hjelpe dem. Så jeg opplever *veldig* lite skepsis (S18, Innkjøpsrådgiver, intervju 17.02.1006).

Bildet av vikarbyråene som *en hjelpende hånd* inn i sykehuset og det daglige bemanningsarbeidet, er betegnende for det som sies her. Det fortelles om “*veldig lite skepsis*” til en ordning som tidligere ble møtt med utstrakt kritikk og skepsis. Eller som en av informantene i Personalavdelingen uttrykte det: “Det [sykepleieinnleie] har blitt mer akseptert”, noe som betyr at det “har skjedd en *avideologisering*” blant de sykehusansatte (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006). *Avideologiseringen* har funnet sted samtidig som sykehuset har vært gjenstand for reformering i klar NPM-ånd. Eller som det også kan sies; “det er blitt litt mer sånn forretningsmessig det *meste* nå på sykehusene, ikke sant? De er blitt foretak. Det er blitt en endring der i holdningene og mentaliteten” (ibid.). I løpet av perioden som omhandles av studien, har sykehuset blitt gjennomsyret av endringer som har hatt som formål å effektivisere institusjonen i markedets og bedriftens bilde. Som en konsekvens har den *økonomiske* logikken, eller det jeg har betegnet som det økonomisk-administrative rasjonale, tatt mer plass i aktørenes resonnementer, hvorpå det følgelig har oppstått nye forståelser av hva som er riktige måter å organisere, lede og bemanne på, er tydelig under etablering. Forandringene viser seg i de sykehusansattes måter å forholde seg til ulike problemstillinger på, sykepleie-bemanning inkludert, og mer generelt i måten de snakker på. Det økonomiske vokabularet har gjort sin entré med en slik tydelighet, at de sykehusansatte vanskelig kan ha gått glipp av det. Budsjett- og økonomistyring er kommet på agendaen til samtlige ledere i sykehuset, som forventes å ta økonomisk riktige eller fornuftige valg. Det å være økonomisk bevisst og kostnadseffektiv inngår i *normsystemet* til dagens sykehusledere. Dette er en generell tendens i sykehusverden, hvor det typiske i dag ser ut til å være at økonomistyring og økonomisk effektivitet er en del av hverdagen også i faglige miljøer (Se bl.a. Blomgren 2001, Lindholm 2001:134–135, Melander 2001:265, Vabø 2007:49–50).

Paradoksalt nok, med tanke på de faglig baserte innvendingene som ekstern innleie først ble møtt med i sykehuset, er det faglige og arbeidsmiljømessige forhold som sørger for at ordningen forblir i bruk i sykehusorganisasjonen. Ankepunktet mot ekstern innleie har først og fremst vært at ordningen koster for mye. Sykehusets interne ordning for sykepleieinnleie har til forskjell blitt kritisert for ikke å bidra med nok sykepleiervikarer, og da spesielt for mangelen på spesialsykepleiere. Den tiltakende oppmerksomheten om økonomistyring i organisasjonen, virker å ha vært en viktig bidragsyter til utbredelsen av intern innleie, og til den store graden av legitimitet som denne ordningen har oppnådd blant de sykehusansatte. Som en signifikant bærer av det økonomisk-administrative rasjonale, har Personalavdelingen

arbeidet for å etablere intern innleie som foretrukket vikarløsning blant organisasjonens ledere. Avdelings- og sykepleieledere har dog – fremdeles – mulighet til å utforme bemanningspolitikken ved egen avdeling, og dermed til å prioritere faglige og arbeidsmiljømessige hensyn foran økonomiske. Som beskrevet har Personalavdelingen flere ganger forsøkt å oppnå en mer standardisert og sentralisert bemanningspolitikk i sykehuset. Det er bl.a. blitt argumentert at det bør være Vikarsenteret, og følgelig sentraladministrasjonen, som har ansvaret for å skaffe sykepleiervikarer til sykehusavdelinger med behov for dette. Ikke sykehusavdelingene selv. Med støtte i faglige og økonomiske momenter har Personalavdelingen foreslått *“å pålegge alle å bruke Vikarsenteret”* i situasjoner som krever tilførsel av sykepleiere (S11, Ansatt Personal, intervju 30.08.2006). Forslaget innebærer en innskrenkning av de lokale ledernes handlingsrom på bemanningsområdet.

Etter det jeg har fått vite, er det fremdeles ikke realisert et slikt opplegg i sykehuset. Fra og med november 2007 har imidlertid Vikarsenteret kunnet *tilby* sykehusavdelingene formidling av sykepleiervikarer fra enkelte av de vikarbyrå som sykehuset/helseforetaket har innleieavtale med. Tjenesten innebærer at Vikarsenteret kontakter vikarbyråene for å avtale ekstern innleie i de tilfeller hvor sykehusavdelingene ønsker det. Dersom senteret har interne sykepleiervikarer tilgjengelig for utleie, som passer sykehusavdelingenes vikarbestilling, blir disse leid ut *før* det tas noe initiativ til ekstern innleie.¹³⁴

¹³⁴ Informasjon mottatt på e-post, 17. og 18.04.2008, fra S27, Daglig leder ved Det interne vikarsenteret.

Kapittel 9: Avslutning

9.1 Studiens tema og problemstillinger

Avhandlingens overordnede tema har vært innleiemodellens *institusjonalisering* i et større norsk sykehus. Det har vært lagt vekt på å beskrive og analysere de måter som modellen er blitt anvendt, videreutviklet og forsøkt legitimert over tid, av aktørene ved ulike enheter i sykehuset. Sykehusstudien er supplert med en mindre feltstudie, som belyser fremveksten av et marked for sykepleieleie her i landet, og hvordan et utvalg aktører i sykehussektorens arbeidsmarked responderte på og på ulikt vis bidro til denne markedsdannelsen.

9.2 Det lovmessige grunnlaget for sykepleieleie

Den politiske beslutningen om å muliggjøre ut- og innleie av alle former for arbeidskraft, kan anses som et første ledd i innleiemodellens institusjonalisering på arbeidsmarkedet. Det var Høyre som i 1997 fremmet forslag om å liberalisere reglene for arbeidsleie, noe som ble gjort på bakgrunn av en tiltro til at en større bruk av arbeidsleie ville gjøre arbeidsmarkedet og arbeidslivet mer velfungerende; effektivt og fleksibelt. Det ble bl.a. hevdet at arbeidsgivere ville bedre sine muligheter til å dekke inn midlertidige vakanser. Opprinnelig var det kun Fremskrittspartiet som støttet Høyres forslag. Etter hvert fikk de to partiene drahjelp fra uventet hold, da den daværende AAD-statsråden brakte aktualiteten av en ny ILO-konvensjon inn i debatten. I tråd med denne konvensjonen skal både privat arbeidsformidling og arbeidsutleie være i utgangspunktet tillatte aktiviteter. Skulle Norge akseptere konvensjonen *måtte* forbudene mot privat arbeidsformidling og arbeidsutleie oppheves. Også Norges forpliktelser som EØS-medlem pekte i retning av en kraftig lovliberalisering. Det samme gjorde det faktum at det gjeldende regelverket hadde en rekke fortolknings- og håndhevingsproblemer. I desember 1999 ble det fattet vedtak om et nytt, liberalt regelverk for privat arbeidsformidling og arbeidsleie. Vedtaket var grunnet i et kompromiss mellom Ap og regjeringspartiene (KrF, SP og V), noe som la grunnlaget for bred politisk enighet om lovliberalisering.

Det nye regelverket trådte i kraft 1. juli 2000. Siden da har det vært tillatt med *utleie* av alle yrkes-/arbeidstakergrupper, innen alle sektorer her i landet. Adgangen til arbeids*innleie* er begrenset og underlagt enkelte vilkår. Hovedregelen er at arbeidsinnleie fra vikarbyrå er tillatt

i samme utstrekning som arbeidsgivere kan avtale midlertidig ansettelse av arbeidstakere. Det betyr at sykepleieinnleie (innleiemodellen) kan benyttes for å dekke opp fravær blant ordinære ansatte, slik som i forbindelse med sykdom og ferier.

9.3 Et ut- og innleiemarked for sykepleiere tar form

I *feltstudien* har oppmerksomheten vært rettet mot hvordan et utvalg nøkkelaktører i sykehussektorens arbeidsmarked, har respondert på og bidratt til fremveksten av et (norsk) marked for sykepleieleie. Aktørenes måter å agere på, i det nye handlingsrommet som ble skapt av lovendringen, kjennetegnes av ambivalens, motsetninger og endring. Over tid *endret* flere aktører standpunkt i forhold til ordningen, ved å innta et positivt eller moderat forhold til sykepleieleie. Hos enkelte av dem ble motstand erstattet med et strategisk forsøk på å dra fordeler av det ut- og innleiemarked som var under etablering. Med sine handlemåter har aktørene på forskjellig vis og i forskjellig grad bidratt til å oversette og legitimere – tilpasse og forklare, modifisere og rettferdiggjøre – både innleiemodellen og jobben som byråansatt sykepleier.

Vikarbyråbransjen grep villig de muligheter som de nyoppståtte situasjonen innebar for dem, i form av utleie (for dem) helt nye yrkes- og arbeidstakergrupper. Utbredte rekrutterings- og bemanningsproblemer i helsesektoren bidro til at flere vikarbyrå satset på sykepleieutleie. Hvorvidt satsingen ville bli en suksess, var imidlertid ikke bare opp til vikarbyråene å avgjøre. Det var også nødvendig å rekruttere sykepleiere til vikarjobben, og å overbevise eventuelle innleiere (sykehus osv.) om fordelene med sykepleieinnleie. Vikarbyråene fremstilte seg som tilbydere av sårt tiltrengt sykepleierarbeidskraft, og beskrev sitt jobbtilbud til sykepleiere som kjennetegnet av gode lønnsbetingelser og stor grad av (arbeidstids-)fleksibilitet og frihet. I starten var mange *sykepleiere* svært kritiske til jobben som byråvikar og til vikarbyråbransjens mulighet til å leie ut sykepleiere. Enkelte sykepleiere grep imidlertid velvillig den nye jobbmuligheten som bød seg – en jobb som på mange måter er svært forskjellig fra en ordinær sykepleierjobb i for eksempel sykehus. Det var særlig to grupper av sykepleiere som begynte i de nye vikarjobbene: Yngre, nyutdannede sykepleiere, og voksne sykepleiere som i liten grad er bundet opp av familieforpliktelser. Som byråvikar er en ansatt i og mottar lønn fra et vikarbyrå, men utfører arbeid hos en oppdragsgiver (sykehus, sykehjem m.m.). Dette utgjør en *atypisk tilknytningsform for arbeid*, hvor vikaren inngår i et *trepartsforhold*: På den ene siden har vikaren en relasjon til vikarbyrået som arbeidstaker, på den andre siden en relasjon til

innleievirksomheten som innleid arbeidskraft (Bergström 2003; Nesheim 2002; Nesheim og Hersvik 1998).

Sykepleieres *motstand* mot sykepleieleie, dreide seg om flere forhold. For det første ble det stilt spørsmål ved om innleide sykepleiere ville være i stand til å yte helhetlig sykepleie. Det ble antatt at disse vikarene bare ville kunne gjøre konkrete deloppgaver, og at sykepleien av den grunn ville bli redusert til “bare et sett oppgaver som skal gjøres”. For det andre ble en typisk sykepleiervikar, av enkelte, betraktet som en *superindividualist*. Sykepleiere som jobbet som byråvikarer ble fremstilt som *annenrangssykepleiere* som kun har tanke for egne behov og egen lommebok. Det ble skapt en bekymring for at den nye vikarpraksisen, hvor sykepleiervikarer bare kommer innom på en eller annen vakt, ville føre til at ordinære sykepleiere fikk merarbeid i form av opplæring og ekstraarbeid. Flere irriterte seg videre over å skulle arbeide sammen med, og eventuelt lære opp, bedre betalte vikarer som ikke nødvendigvis var kompetente til å gjøre en fullgod jobb. Blant sykepleiere var det også en utbredt skepsis til at vikarbyråer skulle “tjene penger på nøden i helsevesenet”. Flere mislikte den profitt-tankegang som lå til grunn for det nye vikartilbudet. Innbakt i dette lå en generell misnøye med helsevesenets jobbtillbud til sykepleiere, hvor det ble stilt krav om bedre lønns- og arbeidsforhold for offentlig ansatte sykepleiere. Dette ville gjøre det offentlig i stand til å rekruttere og beholde det nødvendige antall sykepleiere, ble det hevdet, noe som i sin tur ble antatt å redusere helsevesenets forbruk av sykepleieinnleie og forhindre massiv sykepleieflukt fra helsevesenet til den private vikarbyråbransjen.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) kjempet imot at loven skulle åpne for sykepleieleie og var motstander av at sykepleiere skulle få anledning til å jobbe som byråvikarer. Standpunktet ble primært begrunnet ved å vise til at sykepleieinnleie ville ha negative følger for sykepleiere som arbeidstakere, for det kollegiale samarbeidet i innleievirksomheten og for pasientbehandlingen. Et marked for sykepleieleie ble hevdet å ville ha uheldige følger for den sosiale kontrakten mellom helseinstitusjoner, som arbeidsgivere, og sykepleiere som arbeidstakere. I NSF's høringsuttalelse til NOU (1998:15), sto det bl.a. påpekt at en utvidet adgang til utleie av arbeidskraft vil “kunne føre til at helsepersonell går fra å være fast tilsatt på en helseinstitusjon til at de blir løsarbeidere i et vikarbyrå” (NSF's høringsuttalelse til NOU 1998:15).

Etter at det nye regelverket var på plass, og vikarbyråer hadde startet med sykepleieutleie, snudde NSF nærmest på hodet sin tidligere argumentasjon ved aktivt å støtte sykepleiere som vurderte å jobbe som byråvikar. Budskapet var at vikarbyråer kan være gode arbeidsgivere for sykepleierutdannete, siden de betaler sykepleiere bedre enn det offentlige og gir dem større grad av frihet/fleksibilitet i arbeidsforholdet. Forbundets standpunktskifte må forstås som et ledd i forbundets prioritering av kampen om bedre sykepleielønninger og som en erkjennelse av at deler av NSF's medlemsmasse viste interesse for den aktuelle vikarjobben. Dersom NSF hadde holdt på sin ensidige kritikk av sykepleieleie som ordning, inkludert jobben som sykepleiervikar, risikerte de å miste medlemmer og at det eventuelt ble opprettet et eget forbund for denne gruppen av sykepleiere. NSF's viktigste motiv for å endre taktikk i den bestemte saken, var nok likevel ikke sykepleieres interesse for å arbeide i vikarbyrå, men kampen om bedre lønns- og arbeidsvilkår for sykepleiere i offentlig sektor. Det er fortsatt her man finner de aller fleste sykepleiere, og dermed også majoriteten av NSF's medlemmer. Det var som del av forberedelsene til tariffoppgjøret våren 2002, at NSF's forbundsleder oppfordret sykepleiere til å vurdere en jobb som byråvikar. Det ble i den forbindelse vist til at sykepleiere i vikarbyrå har bedre lønnsbetingelser og mer frihet enn offentlig ansatte sykepleiere, og at det er på høy tid at politikere og offentlige arbeidsgivere bedrer lønnen for sykepleiere i offentlig sektor. Oppfordringen til sykepleiere, om å søke seg "jobb i vikarbyrå for å få bedre lønn og mer fritid", må følgelig anses som et tiltak for å "synliggjør[e] konsekvensene av dagens lønnspolitikk" i det offentlige (Slaatten 2001).

Fra unisont å kritisere sykepleieleie, forsøkte altså NSF å bruke denne ordningen og den markedsdannelsen som dannet grunnlaget for denne som *en strategisk brekkstang* i lønns-kampen. Av betydning var også forbundets ønske om å sikre og få kontroll med arbeids- og lønnsvilkårene til byråansatte sykepleiere, noe forbundet sikret seg gjennom tariffavtaler med enkelte av de vikarbyrå som ansatte og leide ut sykepleiere. Avtalene skulle sikre at sykepleiere som arbeidet i disse byråene fikk en minstelønn som var minimum 75.000 kroner mer enn hva det offentlige betaler sykepleiere. I tillegg skulle byråsykepleiere få mange av de samme arbeidstakerrettighetene som offentlig ansatte sykepleiere. Forbundet antok at avtalene ikke bare ville gagne byråsykepleiere, men også fungere som et nyttig pressmiddel i kampen om bedre lønninger og arbeidsforhold for sykepleiere i offentlig sektor.

NSFs nye strategi åpnet for at den bestemte vikarordningen kunne *legitimeres* på helt nye måter. Konturene av en begynnende *normativ* omdefinering av ordningen åpenbarte seg. Samtidig fortsatte NSF å kritisere offentlige helseinstitusjoner for å leie inn byråsykepleiere. NSF holdt frem med å kritisere innleiemodellen for å være en dyr og faglig sett uheldig vikarordning, med potensielt beklagelige konsekvenser for pasienter og ansatte. Likevel var det ikke til å unngå at NSFs strategi ga sykepleiere og sykepleieledere mulighet til å begrunne og rettferdiggjøre både jobben som byråvikar og bruken av innleiemodellen på et nytt legitimeringsgrunnlag.

9.4 Sykehusinterne oversettelser og legitimeringer av innleiemodellen

Da det nye utleiemarkedet startet opp, ble *sykehusene* ansett som de potensielt største brukerne av sykepleieinnleie. Selv om sykehusene lenge har brukt sykepleierarbeidskraft på fleksible måter,¹³⁵ representerte sykepleieinnleie noe nytt. Det nye består i at sykehusene benytter vikarbyråer for å skaffe sykepleiere til kortere eller lengre oppdrag. Innleiemodellens adoptering, oversettelse og legitimering i ett sykehus (casesykehuset), har vært avhandlingens primære tema. *Sykehusstudien* er i hovedsak forankret i kvalitative intervjuer med sykepleieledere, administrativt personell og andre sykehusansatte. Dette er aktører som på ulike måter har bidratt i bearbeidingen, tilpasningen og fortolkningen av innleiemodellen. Intervju-materialet gir innblikk i anvendelser og oppfatninger av sykepleieinnleie. Det første initiativet til å begynne med ekstern innleie kom nedenfra i organisasjonen, fra ledere med ansvar for sykepleiebemanningen ved egne enheter. Tross intern motstand og skepsis, var lederne nysgjerrige på hvorvidt denne vikarordningen kunne fungere som en *midlertidig* problemløser i en vanskelig bemanningssituasjon. Det ble raskt klart at ordningen skaffet sårt tiltrengt kompetanse, fortrinnsvis i form av spesialsykepleiere, og derfor hadde nytteverdi. Positive *erfaringer* med ekstern innleie, bidro til at det ble produsert legitimitet om ordningen og praktiseringer av denne.

Man kunne mene hva man ville om vikarbyråene; at disse skodde seg på nøden i sykehusene og lignende. Det kunne likevel vanskelig benektes at byråene var til hjelp i situasjoner som krevde tilførsel av sykepleiere. Flere *oppdaget* at vikarbyråer skaffer sykepleiere, raskt og

¹³⁵ Eksempelvis gjøres det innenfor helse- og sykehussektoren bevisst bruk av *deltidsansatte* i små stillinger (Gaupset 2002), samtidig som det til enhver tid er flere sykepleiere som arbeider i *midlertidige* stillinger. Det er også utbredt bruk av ringevikarer og andre former for vikarer/assistenter/ekstrahjelpere, samt bruk av mertid og overtid (jf. delkapittel 6.2 om det skjulte vikarmarkedet i sykehuset).

effektivt, og at byråsykepleiere i stor grad er dyktige fagfolk som er villige til å påta seg vakter som sykehusets sykepleiere gjerne sier fra seg (natt- og helgevakter). Dette ga grobunn for nye, *kognitivt* baserte argumenter og resonnementer som løftet frem *nytt* av sykepleieinnleie. Fordi bruken av ekstern innleie viste seg å fungere, ble det mulig å begrunne den med henvisning til *faglige* normer og verdier. Dette innebar at ordningen ble koblet til *det sykepleie-/medisinskfaglige rasjonalet*, og tilskrevet *normativ* legitimitet. Vikarpraksisen ble også aktivt koblet til *det arbeidsmiljø-/personalmessige rasjonalet*, noe som hadde bakgrunn i at praksisen medvirket til redusert overtidsbruk flere steder. Ved enkelte sykehusavdelinger ble det sågar leid inn sykepleiere for at avdelingenes sykepleiere skulle få anledning til å delta på faglige og sosiale samlinger. Også dette viser at bruken av sykepleieinnleie hadde arbeidsmiljø-/personalmessige gevinster, og ikke minst; at innleiemodellen ble knyttet til flere motiver og behov.

9.4.1 Sykepleiebemannings og sykepleieinnleie kobles til både fag og økonomi

Utover i adopteringsprosessen fikk økonomiske forhold, og det som mer generelt kan betegnes som *en økonomisk og markedsmessig rasjonalitetsform*, økt betydning som legitimeringsbase i arbeidet med sykepleiebemanningen og dermed også bruken av sykepleieinnleie. Dette atskilte seg fra situasjonen først i adopteringsprosessen, hvor det var faglige og arbeidsmiljømessige momenter som produserte legitimitet om innleiemodellen. I første del av adopteringsprosessen (våren 2001–våren 2003), var det sentrale at sykepleieinnleie fungerte som et nyttig og faglig godt verktøy for å skaffe nødvendig personell. Hva ordningen kostet i kroner og øre, var av underordnet betydning. Det som sto i sentrum, var å få på plass kompetente sykepleiervikarer. Det var denne gevinsten som bidro til den begynnende *institusjonaliseringen* av innleiemodellen i sykehuset. Senere skulle altså det økonomisk-administrative rasjonalet bli viktig i vurderingen av innleiemodellen og organiseringen av sykepleiebemanningen mer overordnet. Dette innebærer at valg av vikar- og bemanningsordninger, innleiemodellen inkludert, i større grad ble tatt på bakgrunn av *både* faglige og økonomiske hensyn.

Utover i andre del av adopteringsprosessen (våren 2003–2006) ble det, for aktører i sykehuset, stadig viktigere at bemanningspolitikken ble utformet på bakgrunn av både fag og økonomi. Selv om enkelte sykepleieledere opponerte mot det tiltakende økonomifokuset i organisasjonen, og helst ønsket å ta valg på bakgrunn av utelukkende faglige hensyn, ble de

fleste preget av utviklingen. Sykepleielederne begynte gjennomgående å vurdere sitt arbeid, sine prioriteringer og sine valg, på bakgrunn av en økonomisk tankegang. Dette er en tendens som er synliggjort i flere studier av sykepleieledere i sykehus. Et poeng som går igjen, er at sykepleieledere strever etter å være sparsomme og unngå ulike former for sløsing for på den måten å opptre økonomisk. Dette gir seg utslag på bemanningsarbeidet: Når noen er syke kan det for eksempel vurderes som mest hensiktsmessig å klare seg uten ekstrapersonell, altså vikarer, siden dette gjør det enklere å holde kostnadene nede (Blomgren 2001:186–187).

Det tiltakende fokuset på økonomi i sykehuset må ses i sammenheng med at det i organisasjonen, som i sykehussektoren ellers, ble igangsatt en rekke reformer i den aktuelle perioden som især henter legitimitet i nettopp en økonomisk og markedsmessig rasjonalitetsform (Vrangbæk 2001:39). Dette er med på å prege det legitimeringsstrategiske handlingsrommet som sykehusets aktører befinner seg innenfor (Bentsen og Borum 2003:71). Det gir mening å argumentere, at det i sykehusorganisasjonen og i sykehussektoren har foregått og fortsatt foregår en *kamp* om å etablere det økonomisk-administrative rasjonalet som et anerkjent legitimeringsgrunnlag. I enkelte tilfeller gjøres det forsøk på å få rasjonalet til å erstatte eksisterende og hittil dominerende rasjonalitetsformer, i andre tilfeller er det heller snakk om at rasjonalet går inn som et supplement til institusjonaliserte handlingslogikker og normsett (ibid.; Vrangbæk 2001:40). Som påpekt av Karsten Vrangbæk (2001:42), er det i de løpende fortolknings- og forhandlingsprosesser, at det blir avgjort om nye markedsbaserte ideer og oppskrifter får karakter av å være parallelle, supplerende eller erstattende praksiser og rutiner i sykehusfeltet.

Intervjumaterialet viser at sykepleielederne i sykehuset befinner seg i en situasjon hvor de konfronteres med *motstridende* normative krav og standarder. Som påpekt av Scott (2001) er det naturlig at en finner det vanskelig å handle i slike situasjoner. Dette kommer selvsagt av at enkelte normative standarder som for eksempel en sykepleieleder ønsker å holde fast ved, kan være i utakt med enkelte øvrige krav som finnes i organisasjonen (2001:60–61). I norsk sykehussektor har innføringen av økonomiske incentiver, samt selvstendigjøring, verdi-standardisering og ulike forsøk på å skille politikk, administrasjon og fag, forårsaket radikale forandringer de siste ti–femten årene. Endringene har sykehusene selv, ved deres aktører, fått i oppgave å håndtere i praksis. Situasjonen skaper vanskelige *dilemmaer* for flere ansatte, og

da kanskje især for dem som befinner seg *nederst* i sykehushierarkiet, nærmest pasienter og pårørende (Bakken et al. 2002:137).

Etter hvert som det markedsmessige styringsrasjonalet og diverse NPM-elementer har trengt inn i sykehusorganisasjonen, har *administrasjonen* på flere måter vokst seg større og sterkere. Med referanse til økonomi og fag, har administrasjonen ved Personalavdelingen prøvd å fastsette rammen for lokale (fag-)lederes handlingsrom, og definere hva som er *riktig* rangering og bruk av diverse vikar- og bemanningsordninger. Det første uttrykket for administrasjonens forsøk på å få *kontroll* med bruken av innleiemodellen, var anbudsprivatiseringen av ekstern innleie i første del av adopteringsprosessen. Senere kom administrasjonen på banen igjen, med etableringen av den interne vikarordningen for sykepleiere. Derneft utarbeidet Personalavdelingen en slags instruks, som presiserte at intern innleie burde foretrekkes fremfor ekstern innleie og 100 prosent overtid, da dette ble ansett som gunstig økonomisk og faglig sett.

Analysen angir at den økonomisk-administrative logikken, og det tilhørende styringsspråket, bidro til å skape en situasjon som flere sykepleieledere opplevde som *begrensende* for eget handlingsrom. Går vi inn i den enkelte sykehusavdeling, ser vi samtidig at sykepleielederne i *varierende* grad forsøker å styre etter økonomiske prinsipper i tillegg til de faglige. Mens enkelte ledere bruken ekstern innleie av primært faglige hensyn, fordi ordningen skaffer kompetente vikarer raskt og effektivt, prøver flere andre i det lengste å unngå samme vikarordning ut fra en overbevisning om at en i de fleste tilfeller vil klare seg med bruk av andre (økonomisk) rimeligere vikar- og bemanningsordninger.

9.4.2 Fra atypiske, til aksepterte og normaliserte vikarpraksiser

Blant sykehusavdelingene i utvalget var det enkelte som primært brukte intern innleie, og kun unntaksvis benyttet seg av ekstern innleie. Det var altså ikke alle sykehusavdelingene som adopterte den eksterne vikarordningen, noe som derimot var tilfelle med intern innleie. Ved de sykehusavdelingene hvor innleiemodellen ble oversatt til handling, i form av praktiseringer av ekstern og/eller intern sykepleieinnleie, fantes det større eller mindre forskjeller i forhold til *når* det ble vurdert som mulig, rimelig og/eller riktig å leie inn sykepleiere. Det forelå til dels forskjellige vurderinger om når det passer å bruke de to formene for sykepleieinnleie; altså i hvilke situasjoner det kan være aktuelt med henholdsvis ekstern og intern innleie. Slike

forskjeller har sammenheng med de måter som sykepleielederne balanserte mellom faglige og økonomiske hensyn, samt med de respektive avdelingenes bemanningsrutiner og -tradisjoner.

I sykehuset var det vanlig at sykepleieledere, og andre sykehusansatte, uttrykte misnøye og frustrasjon over foreliggende vikar- og bemanningsordninger. Et sentralt problem var at enkelte ordninger ikke skaffet til veie ekstra sykepleiere når behovet for dette oppsto. Et annet problem var at noen av ordningene innebar at ordinære sykepleieransatte ble belastet med merarbeid, for eksempel i form av overtid, noe som kunne medføre slitasje og utbrenthet. Bruken av sykepleieinnleie førte vanligvis til at ordninger som overtid, forskjøvet arbeidstid og ulike typer ringevikarer gjennomgikk en *deinstitusjonalisering*, noe som resulterte i at de mer eller mindre forsvant ut av sykehusavdelingens bemanningsrepertoar.

Tross manglende adopsjon av ekstern innleie ved enkelte sykehusavdelinger, forekom denne vikarpraksisen i høy grad som en *institusjonalisert* idé blant organisasjonens medlemmer ved studiens slutt i 2006. Det eksisterte en utbredt *aksept* for at det i enkelte tilfeller kunne være *nyttig og nødvendig* å bruke ordningen, og da særlig ved enheter som hadde behov for spesialsykepleiere (spesielt intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere og jordmødre). Ved sykehusavdelinger hvor ordningen hadde form av å være en institusjonalisert praksis, ble den ansett som en selvsagt løsning på én eller flere bemanningsutfordringer (Berger og Luckmann 2000; Oliver 1992; Scott 1987).

Utover i adopsjonsprosessen er det en klar tendens til at sykepleieinnleie som konsept *normaliseres* og *stabiliseres* i sykehuset. I form av ekstern og intern innleie, sto innleiemodellen frem med et virksomhetsnært innhold, og som en forståelig, meningsfull og anvendbar ordning. Det er sannsynlig at kontekstualiseringen av innleiemodellen, altså oversettelsen av modellen til konkrete praksiser, også i det videre vil finne sted på flere arenaer i sykehuset og involvere flere sykehusaktører. Ledere ved sykehusavdelingene (på brukersiden) og sentraladministrasjonen (fortrinnsvis representert ved Personalavdelingen) fremstår som selvfølgelige oversettere i det videre kontekstualiseringsarbeidet.

Ved slutten av studien er det mitt inntrykk at få, om noen, i sykehuset stilte spørsmålstegn ved nødvendigheten av de to formene for sykepleieinnleie i sykehuset, forstått som en helhetlig organisasjon. De ansatte så ut til å dele forståelsen av at begge de to "oversettelses-

produktene” av innleiemodellen hadde nytteverdi som bemanningsverktøy. Vikarordningene *supplerte* hverandre i stor grad, ved bl.a. å bringe til veie ulike former for sykepleiekompetanse. Mens sykehusets interne vikarsenter hadde ordinære sykepleiere tilgjengelig for utleie, var det i stor grad fortsatt slik at spesialsykepleiere ble leid inn fra private vikarbyrå. Det som for bare noen år tilbake var atypisk og spesielt, fremsto som *vanlige* vikarpraksiser. Dette gjelder spesielt intern innleie, som i dag er en arbeidsgiverstrategi som er i bruk ved flere av landets sykehus. Hensikten med ordningen er kort fortalt å gjøre arbeidsstokken mer fleksibel (Dahle og Østbye 2007:11). Vikarordninger av denne typen bidrar gjerne til at oppgaver som tidligere ble tatt hånd om lokalt i sykehuset, i større grad overlates til sentraladministrative enheter. En sannsynlig følge av dette er at administrasjonen får økt innflytelse over hvilke typer vikarer som skal anvendes i ulike situasjoner. Ytterligere forskning på fenomenet sykepleieleie vil antakelig gi svar på om dette er et sannsynlig scenario, og hva dette eventuelt vil ha av konsekvenser for sykehusenes bemanningspolitikk.

Som skissert av Røvik (2007:362), finnes det ideer som er blitt implementert og fått betydelige virkninger i de organisasjoner hvor de er adoptert. Dette står i kontrast til den såkalte *motemetaforen*, som tegner et bilde av ideer som “reiser gjennom” organisasjoner uten å sette varige spor. Casesykehusets anvendelser av innleiemodellen var ikke drevet av “moteslaveri” (Vabo og Stigen 2004:48), men bevisste forsøk på å skaffe sykepleierarbeidskraft. Da modellen først ble lansert i norsk sykehussektor, var den langt fra noe motefenomen. Fra første stund, og kanskje spesielt da, gjorde anvendelsene av sykepleieinnleie krav på legitime begrunnelser og forklaringer hos brukerne. Som vist var det utbredte rekrutterings- og bemanningsproblemer som førte til de første anvendelsene av sykepleieinnleie i sykehuset. Som følge av aktivt *entreprenørskap* fra ledere i sykehuset, kom sykepleieinnleie i stand som ordning og aktivt videreutviklet over tid. Ved studiens slutt var sykepleieinnleie i bruk i flere varianter i sykehuset, og i større omfang enn noen gang tidligere. Dette gjør det nærliggende å konkludere at ideen om sykepleieinnleie har virket inn, og dermed hatt effekt, på sykehusets bemanningspraksis og på hva som defineres som god sykepleiebemanning.

9.5 Teoretiske, praktiske og forskningsmessige implikasjoner

9.5.1 Teoretisk utgangspunkt og bidrag

Studien plasserer seg innenfor det nyinstitusjonelle perspektivet, og da især den skandinaviske tradisjonen som legger vekt på å fortolke de *mikroprosesser* som utspiller seg i organisasjoner som adopterer organisasjonsideer/-oppskrifter. Organisasjonens aktører oppfattes som i stand til å forholde seg aktivt og strategisk til det som innføres (Borum 2001; Borum og Westenholz 1995). Aktørene bidrar i redigeringen, legitimeringen og oversettelsen av det som er nytt for dem og/eller den virksomhet som de er del av (Czarniawska og Sevón 1996, 2005; Røvik 1998, 2007). I flere tilfeller kan aktørene velge hvilke ideer de ønsker å omsette til praksis – som løsninger på aktuelle problemstillinger som de står overfor. Potensielt kan aktørene dekode nye ideer til gjeldende praksiser, dersom det oppleves som mest fruktbart. Mange studier viser eksempler på dekoblinger mellom institusjonelt formidlede reformkrav og foreliggende rutiner. Det som er nytt vil i så tilfelle først og fremst være representert gjennom prat, til forskjell fra handling (Brunsson 2003; Meyer og Rowan 1977. Se også Jespersen 2001:162–165, Nilsen 2007:77). Jeg har studert og påvist aktiv adoptering, oversettelse og legitimering av en ny bemanningsoppskrift i ett sykehus. Ved ulike organisatoriske enheter i sykehuset har ledere og øvrige ansatte sørget for *koblinger*, ikke dekoblinger, mellom oppskriften og en rekke handlinger og praksiser.

Flere skandinaviske organisasjons- og ledelsesforskere, interesserer seg nettopp for *møtet* mellom eksterne oppskrifter/ideer og enkeltvis organisasjoner. I studier som anvender et såkalt oversettelsesperspektiv, legges det spesielt vekt på å avdekke hva aktørene i organisasjonen gjør med oppskriftene/ideene (Røvik 2007:37–39). Denne avhandlingen bidrar først og fremst med innsikt i det utpakkingsarbeid som foregår *internt* i adopterende organisasjoner, altså oversettelse forstått som *kontekstualisering*. Dette har sammenheng med at sykehusstudien utgjør avhandlingens primære prosjekt og derfor er blitt gitt størst plass i analysen. Feltstudien omhandler, til forskjell, oversettelse som både *dekontekstualisering* og *kontekstualisering* siden denne også belyser innpakkingen av innleiemodellen.

Samlet bidrar casestudien til kunnskap om innleiemodellens introduksjon og fremvekst i det norske helse- og sykehusfeltet generelt og i ett sykehus mer spesifikt. Studien gir innsikt i ulike aktørers rolle i etableringen, oversettelsen og legitimeringen av sykepleieleie som

ordning, og belyser innleiemodellens utvikling til institusjonaliserte vikarpraksiser over tid. I sykehuset tar innleiemodellen, som vist, konkret form av en ekstern anbudsbasert innleieordning og en intern form for sykepleieinnleie. Forskjellige sykehusavdelinger tar i ulik grad i bruk de to innleieformene, og etablerer dermed ulike rutiner for sykepleieinnleie. Dette funnet viser at *en* og samme modell kan adopteres på *forskjellige* måter av aktørene i *en* og samme organisasjon. Det å ha blikk for slike *organisasjonsinterne forskjeller* har gjort det mulig å undersøke oversettelse som mikroprosesser ved flere enheter i den adopterende organisasjonen (jf. Nilsen 2007). Sykehusstudiens *tidsdimensjon* har åpnet for å belyse endringer og variasjoner i måten sykepleieinnleie er blitt benyttet og legitimert på over tid.

Variasjon er et sentralt stikkord også i forhold til de oppskrifter/ideer som gjerne blir gjenstand for forskning. I flere av studiene som har adoptering, spredning, overføring og/eller oversettelse av en eller flere oppskrifter som tema, handler det om oppskrifter som har karakter av å være *institusjonaliserte forbilder* (Røvik 2007:27). Som påpekt av Voss og Sherman (2000:308), er det innen den nyinstitusjonelle tradisjonen kun et fåtall studier som dreier seg om *hvorfor* organisasjoner “adopt new, not-yet institutionalized forms”. Slik jeg ser det er ikke den skandinaviske nyinstitusjonalismen noe unntak, siden også skandinaviske organisasjons- og ledelsesforskere fremfor alt har studert transnasjonale reformideer hvorav flere har vært tydelig inspirert av NPM-diskursen. Eksempler på slike ideer/opskrifter er enhetlig ledelse (Jespersen 2003; Johansen 2009), kvalitetssikring (Erlingsdóttir 1999, 2001; Vikan 2000), bestiller-utfører-modellen (Blomquist 1996), og balansert målstyring (Nilsen 2007).

Som vist var innleiemodellen ladet med flere *negative* assosiasjoner da den begynte sin reise i det norske sykehusfeltet. Gjennom oversettelse og legitimering er modellen blitt tilskrevet mening og tilpasset lokale kontekster. I casesykehuset ble sykepleieinnleie etter hvert en integrert del av bemanningsrepertoaret, selv om ikke samtlige sykehusavdelinger er aktive brukere av både den eksterne og den interne formen av ordningen.

9.5.2 Mulige veier videre

Studien identifiserer flere tema og spørsmål som det kan være interessant å undersøke videre. Jeg vil her løfte frem noen av disse, hvorav enkelte knytter an til pågående politiske prosesser som har betydning for det lovmessige rammeverket for sykepleieleie i Norge.

Sykehusstudien gir flere eksempler på at det sterke søkelyset på økonomistyring i organisasjonen har betydning for lokale lederes vurderinger og utforming av sykepleiebemanningen. Det kan være grunn til å stille spørsmål ved hva som vil være de *langsiktige* konsekvensene av denne utviklingen, og av en tiltakende administrativ kontroll med og styring over de måter som bemanningssituasjoner forsøkes løst på. Hvilke vikar- og bemanningsordninger som brukes, og hvordan ordningene rangeres i forhold til hverandre, kan bli endret. En annen vesentlig oppgave for forskningen, er å undersøke samhandlingen, ansvars- og arbeidsfordelingen mellom innleide og ordinært ansatte sykepleiere. Vil det på sikt etablere seg et mønster, hvor innleide sykepleiere først og fremst gjør andre arbeidsoppgaver enn det øvrige sykepleierpersonalet? Hvordan vil dette, i så tilfelle, oppleves av de forskjellige sykepleierne? Og, hvordan opplever egentlig sykepleiervikarer sin egen arbeidssituasjon? Vi vet at sykepleiere i interne vikarpooler i sykehus, helseforetak og lignende, kan ha fast ansettelse i virksomheten og samtidig regnes som innleide vikarer ved de enheter (sykehusavdelinger osv.) hvor de leies inn. Hvordan sykepleiervikarene opplever denne dobbeltheten, vet vi ikke. Det er interessant å få kunnskap om dette, og om hvordan vikarbyråer – private så vel som offentlige – arbeider for å koble sammen sykepleiere (vikarer) og kunder/kundeoppdrag. På hvilke måter foregår slik form for matching?¹³⁶ Når det gjelder den private vikarbyråbransjen, er det interessant å spørre om de måter som sykepleiere vanligvis rekrutteres på her, er forskjellige fra det som gjelder andre arbeidstaker-/helsepersonellgrupper? Hvis ja; hva består eventuelle forskjeller i? Kan det tenkes at tilførselen av nye arbeidstakergrupper i bransjen, slik som sykepleiere, har bidratt til å endringer i bransjens måter å rekruttere, avlønne og utvikle arbeidskraft på? (Se Nergaard 2005:13, 25).

En trend som hevdes å være under utvikling blant sykepleiere i dag, er de såkalte *frilans-sykepleierne* som vil være uavhengige av en arbeidsgiver og isteden ønsker å være sin egen sjef (Bergensavisen 11.07.2008: *Sykepleiere satser solo*). Trenden må ses i sammenheng med

¹³⁶ *Matching* er et begrep som innen forskningen, og til dels også i vikarbyråbransjen, brukes om det å koble sammen (matche) arbeid og arbeidskraft. I en svensk doktorgrad om fenomenet, defineres matching som “en uppsättning handlingar som bidrar till att koppla ihop människor med arbete” (Walter 2005:17).

at flere sykepleiere ser ut til å ha utviklet en økt tiltro til sin egen markedsverdi. Hvem det er som velger å være frilanssykepleiere, og på hvilke måter denne trenden eventuelt virker inn på nye sykepleierkull, er alle aktuelle forskningstema. Et spørsmål som bør besvares, er hvorvidt nye sykepleiergenerasjoner vil ta et større ansvar for egen ansettbarhet eller “employability” enn tidligere (Cappelli 1999. Jf. Rasmussen 2005:17). Det er opplagt at etableringen av et marked for sykepleiere har åpnet for friere arbeidsmarkedsposisjoner for sykepleiere, som i større grad blir å regne som *individuelle* arbeidstakere, til forskjell fra å være del av bestemte arbeidskollektiv i sykehus eller på sykehjem. Som byråansatt-/tilknyttet sykepleier er man utøver av faget når man er ute på oppdrag, men ikke nødvendigvis medlem av det arbeidskollektiv som finnes på de(t) sted(er) hvor en jobber. Dette står i kontrast til den gruppe- eller fellesskapsfølelse som har vært dyrket frem blant sykepleiere. Dette er imidlertid ikke det samme som å si at sykepleieridentiteten, og sykepleieres tilhørighet til fag og yrke, er svakere hos sykepleiervikarer og frilanssykepleiere enn hos ordinære sykepleiere. Hvorvidt *det* er tilfellet kan være en oppgave for videre studier å undersøke. Det samme gjelder spørsmålet om hvilken betydning det har for sykepleiere at de nå kan utøve sitt yrke med utgangspunkt i forskjellige arbeidstakerposisjoner og tilknytningsformer for arbeid. Som arbeidstakergruppe er sykepleiere i dag mer *heterogen* enn tidligere; før lovliberaliseringen fra år 2000. Hva dette har av konsekvenser for profesjonen, er vanskelig å si. Det kan for eksempel antas at sykepleiernes institusjonelle grunnlag i dag er mer ekstern enn intern. Dette må ses i sammenheng med at det i det nye arbeidslivet gjerne er slik at individets fremgang følger av hans/hennes relative posisjon på arbeidsmarkedet. Dette står i motsetning til tidligere, da individets fremgang var knyttet opp til hans/hennes objektive posisjon i organisasjonen (jf. Allvin et al. 2006:12).

Komparative undersøkelser kan gi svar på *omfanget* av sykepleieinnleie i norsk helse- og sykehussektor som helhet, eller for den saks skyld den skandinaviske om den velges som empirisk nedslagsfelt. Slike undersøkelser vil også kunne gi innsikt i eventuelle geografiske forskjeller i bruk av sykepleieinnleie, og på hvilke måter sykepleieinnleie *vanligvis* praktiseres ved norske/skandinaviske helseinstitusjoner. Er det for eksempel vanlig å bruke sykepleieinnleie fremfor overtid? Har bruken av sykepleieinnleie bidratt til endringer i sykefraværet/nærværet til sykepleiere? Kan eksempelvis bruken av innleide sykepleiere ha redusert sykefraværet blant sykepleierne i innleievirksomheten, som følge av at disse unngår overtidsarbeid?

Et viktig spørsmål er hvorvidt bruken av sykepleieinnleie har hatt konsekvenser for *pasient-behandling* og for *pasienters opplevelse* av sitt opphold ved for eksempel en sykehusavdeling. Legger pasientene merke til om deler av det personell som tar hånd om dem ikke arbeider fast på avdelingen, men er innleid for kortere eller lengre tidsrom? Trolig vil det her være forskjeller mellom ulike pasientgrupper og virksomheter, noe som henger sammen med at det er forskjell på hvilke typer sykepleie som praktiserer og hva som er gjennomsnittlig liggetid for ulike pasienter/pasientgrupper.

Ti år etter at sykepleieleie ble muliggjort i Norge, finnes det i dag bare noen få norske studier av fenomenet. I 2002 ble det utgitt en Fafo-rapport om helseutleie som nytt satsingsområde i norsk vikarbyråbransje. Med grunnlag i en undersøkelse som i hovedsak baserte seg på informantintervjuer med representanter fra denne bransjen, ble viktige kjennetegn ved vikarbyrå som leier ut helsepersonell beskrevet. Videre ble det tegnet et bilde av hvem det er som arbeider som sykepleier-/helsevikar, og hvem det er som leier inn slike vikarer (Nergaard og Nicolaisen 2002:57). Senere har det, med utspring i NOVA-prosjektet *Medisinske vikarer i helseinstitusjoner. Konsekvenser for arbeidsmiljø, fagfellesskap og karriereveier*, kommet enkelte forskningsarbeider som har konsentrert seg om innleiesiden. Etter det jeg vet, er det totalt publisert syv norske arbeider om sykepleieinnleie. Fem av disse har sitt utspring i det nevnte NOVA-prosjektet (Dahle 2006; Dahle og Kvamme 2005; Dahle og Østbye 2007; Kvamme 2007; Østbye 2004).¹³⁷

Også min studie har sykepleieinnleie som hovedtema. Oppmerksomheten har i særlig grad vært rettet mot på de måter som ordningen er blitt innført, tatt i bruk, videreutviklet og legitimert av aktørene i ett sykehus. Det konkluderes med at sykepleieinnleie, etter om lag fem års bruk, fremstår som en ordinær vikarløsning, på linje med langt mer tradisjonelle vikar- og bemanningsordninger. I likhet med andre forskere som har undersøkt sykepleieinnleie i norske sykehus, konkluderer også jeg med at ordningen i første omgang hadde karakter av å være en kortsiktig kriseløsning i en vanskelig bemanningssituasjon. De fleste sykehusledere var i starten svært skeptiske til å bruke innleide vikarer i sykepleiarbeidet, og begrunnet vikarbruken med at det var nødvendig å teste om metoden kunne bidra med sårt tiltrengt personell. Etter hvert ble det tydelig for flere ledere at den omstridte vikarordningen hadde flere fordeler, siden den skaffet kompetent arbeidskraft. Flere avdelings- og sykepleie-

¹³⁷ De to øvrige arbeidene er det ovennevnte av Kristine Nergaard og Heidi Nicolaisen (2002), og en hovedoppgave med tittelen *Sykepleiere i vikarbyrå* (Skogheim 2005).

ledere har av den grunn konkludert med at vikarbyråbransjen “fyller en viktig funksjon” ved å tilby sykepleierarbeidskraft (Dahle og Østbye 2007:8). Den største innvendingen mot ordningen er helt opplagt den økonomiske kostnaden, som flere mener er for stor til at denne kan brukes som et foretrukket alternativ i alle de situasjoner som krever tilførsel av sykepleiere. NOVA-forsker Rannveig Dahle (2006:92) har kommentert det slik: “With very few exceptions, though, the findings of the study indicate that economy was the single most important argument against using temporary agencies”. I likhet med meg, konkluderer også Dahle med at sykepleieinnleie har fått en supplerende funksjon i norske sykehus, noe som kommer til uttrykk ved at ordningen først og fremst supplerer (til forskjell fra erstatter) mer tradisjonelle vikar- og bemanningsordninger (ibid.:93).

Videre forskning kan gi svar på om det over tid har skjedd endringer i markedet for sykepleie-leie. Et viktig forhold som bør undersøkes er betydningen av den *melde- og registrerings-ordning for vikarbyråer*, som ble innført 1. mars 2009. Ordningen var en oppfølging av Stoltenberg 2-regjeringens første handlingsplan mot sosial dumping, og var tenkt som “et viktig tiltak for å stoppe den ukontrollerte veksten i useriøse vikarbyråer” (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 04.06.2008b).¹³⁸ I følge forskrift om bemanningsforetak skal alle som driver med utleie av arbeidskraft i Norge være registrert hos Arbeidstilsynet, noe som bl.a. krever at vikarbyrået oppfyller en del krav til organisering, økonomi m.m. (ibid.). Det er forbudt å leie inn vikarer fra vikarbyrå som ikke er med i registeret (Dolonen 2009; Econ Pöyry 2009:12).

Da regelverket for arbeidsleie ble vedtatt liberalisert i desember 1999, var sosial dumping knapt en del av det norske vokabularet (Hasås 2007). De siste årene er sosial dumping blitt et problem i deler av arbeidslivet, noe som skyldes økt arbeidsinnvandring fra utlandet. Forskning på arbeidsleie bør undersøke i hvor stor grad norske helseinstitusjoner leier inn helsepersonell fra nære og fjerne naboland. Også de vikarer som er ansatt i norske vikarbyrå har i flere tilfeller en annen nasjonalitet enn norsk. I 2008 gjaldt dette 30 prosent av samtlige byråvikarer. Et flertall av dem var fra nordiske land, de øvrige fra EU/EØS land. I en spørre-

¹³⁸ 1. mai 2006 presenterte regjeringen en handlingsplan mot sosial dumping, som samme måned ble lagt frem for Stortinget i revidert nasjonalbudsjett (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2006). I desember 2006 ble høringsnotatet *Om tiltak for å sikre ryddigere forhold på inn- og utleiemarkedet og for å effektivisere allmenn-gjøringsordningen* sendt ut på bred høring, med høringsfrist 22. mars 2007 (Ot.prp.nr. 56, 2006–2007). Basert på høringsnotatet, og innkomne innspill til dette, ble *forskrift om bemanningsforetak* fastsatt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet 4. juni 2008 (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 04.06.2008a).

undersøkelse rettet mot vikarbyrå, utført av Econ Pöyry (2009:5–6), oppga 90 prosent av bedriftene at de i 2008 rekrutterte vikarer fra utlandet, hovedsakelig fra Norden og tidligere Øst-Europa. Sykepleiere ble i hovedsak rekruttert fra Sverige. Registerdata viser at av alle personer som var innom bemanningsbransjen i 2000, hadde 20 prosent utenlandsk bakgrunn. Syv år senere, i 2007, hadde 39 prosent utenlandsk bakgrunn.

I 2009 inngikk de regionale helseforetakene en felles avtale om innleie av helsevikarer. I tråd med avtalen er Adecco førstevalget ved sykepleieinnleie. Da avtalen ble inngått uttalte direktør i Adecco Helse (Bård Kristiansen) at de hadde rundt 1500 sykepleiere i vikarstallen, men kontinuerlig arbeider “med å rekruttere sykepleiere i Norge, Sverige og Polen”. Rekruttering av utenlandske sykepleiere ble ansett som helt nødvendig for å dekke helsesektorens vikarbehov (Adeccos nettside, 26.06.2009: *Storavtale om helsevikarer*; Ledernett 30.06.2009: *Storavtale om helsevikarer*). Det er vanskelig å tro at helsesektoren vil ha mindre problemer med å skaffe tilstrekkelig med sykepleiere i fremtiden. I 2007 viste den daværende arbeids- og inkluderingsministeren (Bjarne Håkon Hanssen) til, at det er “regnet ut at norsk helsesektor fram til 2050 trenger 130.000 nye årsverk”, og at det er “veldig vanskelig å se hvordan vi kan løse dette problemet med bare norsk arbeidskraft”. Det ble hevdet å ikke være mulig (Regjeringens nettside, 09.02.2007: *Ønsker debatt om mangel på helsepersonell*). Med et slikt fremtidsscenario er det nærliggende å konkludere at ordningen med ut- og innleie av sykepleiere går en trygg og sikker fremtid i møte.

Inntil videre finnes det i lovverket klare restriksjoner på bruk av innleid arbeidskraft fra vikarbyrå. Adgangen kan bli utvidet om ikke så lenge, som følge av et nytt EU direktiv som skal til behandling i Stortinget i løpet av våren 2011. Det såkalte *vikarbyrådirektivet* (2008/104/EF) vil sikre vikarbyråene større grad av legitimitet. Direktivet pålegger alle EU- og EØS-land å fjerne hindringer i bruk av vikararbeid som ikke er begrunnet i “allmenne hensyn til særlig beskyttelse av vikaransatte”. Fagbevegelsen og arbeidsgiversiden er enige om at direktivet strider med arbeidsmiljølovens restriksjoner på bruk av midlertidig ansettelse og arbeids-/vikarinnleie. Begge parter regner det dermed som sannsynlig at EFTA-domstolen vil sørge for at Norge opphever disse restriksjonene dersom direktivet implementeres. Det vil gi arbeidsgivere bedre tilgang til midlertidig ansettelse og vikarinnleie. Mens NHO ønsker vikarbyrådirektivet velkommen, vil LO at regjeringen legger ned veto mot direktivet for å hindre mer utbredt bruk av vikarer (Dagsavisen 25.06.2010: *LO krever vikarveto*; Dagsavisen 10.09.2010:

Mot ny vikarhverdag; Eilertsen og Stugu 2010a:6, 50; Europabevegelsen 25.08.2010: Vikarbyrådirektivet; Fagbladet 03.09.2010: Vikarbruken eksploderer).

Arbeidsdepartementet sendte i høst ut et høringsnotat med forslag til endringer i arbeidsmiljøloven og tjenestemannsloven, hvor det bes om høringsinstansenes vurdering av konsekvensene av en implementering av vikarbyrådirektivet. Høringsfristen er 10. desember 2010. På grunnlag av høringen vil departementet ta stilling til innlemmelse av direktivet i EØS-avtalen. Implementeringsfristen er satt til 5. desember 2011. Den pågående debatten om hvorvidt Norge bør implementere vikarbyrådirektivet eller ikke, synliggjør uenighet om hvorvidt de eksisterende reglene for bruk av innleid arbeidskraft kan opprettholdes dersom direktivet implementeres. Av høringsnotatet fremgår det at departementet er av den oppfatning at reglene kan opprettholdes (Arbeidsdepartementet, 10.09.2010, s. 24). Dette problematiseres imidlertid av representanter fra både fagbevegelsen og arbeidsgiversiden. Stridens kjerne står om hvorvidt en implementering av vikarbyrådirektivet, som bl.a. har som målsetting å utvikle fleksible arbeidsformer, vil gå på bekostning av normen om at fast ansettelse i topartsrelasjoner direkte mellom arbeidsgiver og arbeidstaker skal være den mest alminnelige formen for ansettelse, og hvis ja; om dette er å anse som ønsket eller uønsket (Jf. Eilertsen og Stugu 2010b). At en implementering av vikarbyrådirektivet vil ha stor betydning for vikarer og vikarbyråbransjen som helhet, foreligger det imidlertid stor enighet om. Det blir spennende å se hva som blir det endelige utfallet av debatten.

Litteraturliste

Adeccos nettside (16.04.2002): *Vikaren er vårt personlige ansikt* (av Ingeborg Vigerust Rangul). Tilgjengelig fra: www.adecco.no [21.01.2003].

----- (udatert): *Om Adecco Helse*. Tilgjengelig fra: www.adecco.no [22.05.2006].

----- (26.06.2009): *Storavtale om helsevikarer*. Tilgjengelig fra: www.adecco.no [11.08.2009].

Aldrich, H.E. og C.M. Fiol (1994): Fools rush in? The institutional context of industry creation. *Academy of Management Review*, 19 (4):645–670.

Allvin, M., G. Aronsson, T. Hagström, G. Johansson og U. Lundberg (2006): *Gränslöst arbete – socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Malmö: Liber.

Alvsvåg, H. (1993): Det gode blikket og de gode hendene, s. 111–129 i K. Martinsen (red.): *Den omtenksomme sykepleier*. Oslo: TANO.

Andersen, S.S. (1997): *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.

Andrews, T. og A. Vassenden (2007): Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift*, 15 (2):151–163.

Arbeidsdepartementet (10.09.2010): Høringsnotat: *Høring om konsekvenser av vikarbyrådirektivet*.

Arbeids- og administrasjonsdepartementet (19.05.1999): Pressemelding nr. 27: *Pressekonferanse om nytt regelverk for arbeidsformidling og arbeidsleie*.

----- (21.05.1999): Pressemelding nr. 29: *Dåvøy åpner for privat arbeidsformidling og utleie av arbeidskraft*.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2006): *Regjeringens handlingsplan mot sosial dumping*.

----- (04.06.2008a): *Forskrift om bemanningsforetak*.

----- (04.06.2008b): Pressemelding nr. 59: *Regjeringen rydder opp i vikarbyråbransjen*.

Askildsen, J.E. og T.H. Holmås (2001): Arbeidsmarkedet for helsepersonell i Norge: Hvor blir det av sykepleierne?, s. 63–85 (kap. 3) i J.E. Askildsen og K. Haug (red.): *Helse, økonomi og politikk: Utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Askildsen, J.E., T.H. Holmås og O. Kaarbø (2007): *Prioriteringspraksis før og etter sykehusreformen*. SNF-notat 05/2007. Samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

Bakke, H.K. (2002): Ledelse i sykehusavdelinger. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122 (21):2158.

Bakken, R., A. Brinchmann, H. Haukelien, R. Kroken og H. Vike (2002): *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Makt- og demokratiutredningen 1998–2003. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bentsen, E.Z. (2003): Lægelige ledere som institutionelle entreprenører, s. 169–207 (kap. 6) i F. Borum (red.): *Ledelse i sykehusvesenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Bentsen, E.Z. og F. Borum (2003): Legitimering i et konfliktfyldt felt – en topledelses håndtering af en radikal organisationsændring, s. 67–94 (kap. 3) i F. Borum (red.): *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Bentsen, E.Z., F. Borum, G. Erlingsdottir og K. Sahlin-Andersson (2001) (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. udgave, 2. oplag. København: Handelshøjskolens Forlag.

Berger, P.L. og T. Luckmann [1966] (2000): *Den samfunnsskapede virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bergström, O. (2003): Beyond atypicality, s. 14–51 i O. Bergström og D. Storrie (red.): *Contingent Employment in Europe and the United States*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd.

Bergström, O. og P. Dobers (2000): Organizing sustainable development: From diffusion to translation. *Sustainable Development*, 8 (4):167–179.

Besl.O.nr. 47 (1999–2000): *Lov om endringer i lov 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbejdsmiljø mv., i lov 4. mars 1983 nr. 3 om statens tjenestemenn m.m. og i lov 27. juni 1947 nr. 9 om tiltak til å fremme sysselsetting*.

Blomgren, M. (2001): Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornes professionalisering, s. 171–197 (kap. 7) i E.Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. udgave, 2. oplag. København: Handelshøjskolens Forlag.

Blomgren, M. og K. Sahlin-Andersson (2003): *Ledning på distans. Att skapa kunskap för politisk styrning av hälso- och sjukvård*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Blomquist, C. (1996): *I marknadens navn: Mångtydiga reformer i svenska kommuner*. Doktoravhandling, Lunds universitet.

Borum, F. (2001): Perspektiver på forandringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet, s. 13–30 (kap. 1) i E.Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. udgave, 2. oplag. København: Handelshøjskolens Forlag.

----- (2003) (red.): *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Borum, F. og A. Westenholtz (1995): The Incorporation of Multiple Institutional Models: Organizational Field Multiplicity and the Role of Actors, s. 113–131 (kap. 6) i W.R. Scott og S. Christensen (red.): *The Institutional Construction of Organizations*. Thousand Oaks: SAGE.

Bourdieu, P. og L.J.D. Wacquant (1995): *Den kritiske ettertanke. Grunnlag for samfunnsanalyse*. 2. oplag. Oslo: Samlaget.

Brunsson, N. (2000): *The irrational organization: Irrationality as a basis for organizational action and change*. 2nd ed. Bergen: Fagbokforlaget.

----- (2003): *The Organization of Hypocrisy: Talk, decisions and actions in organizations*. 2nd ed. Oslo: Abstrakt forlag.

Brunsson, N. og J.P. Olsen (1990): Kan organisationsformer väljas?, s. 11–26 (kap. 1) i N. Brunsson og J.P. Olsen (red.): *Makten att reformera: Intressen, institutioner och näringspolitik*. Maktutredningens publikationer. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Brunsson, N. og K. Sahlin-Andersson (2005): Inte bara mode. Att skapa organisationer i offentlig sektor, s. 82–96 (kap. 5) i T. Busch et al. (red.): *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Bryman, A. (2004): *Social Research Methods*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.

Byrkjeflot, H. og T. Grønlie (2004): *Det regionale helseforetaket, et overgangsfenomen i en utvikling fra velferdslokalisme til sentralstatlig styring?* Paper til den første nasjonale konferanse for ledelse og organisasjon i helsetjenester, Hurdalsjøen 14.–15. oktober 2004.

Byrkjeflot, H. og P.K. Jespersen (2005): Ledelse og organisering i helsevesenet; endring og kontinuitet. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 7 (2):5–18.

Byrkjeflot, H. og S. Neby (2005): Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformeringen av sykehussektoren?, s. 47–61 (kap. 3) i S. Opedal og I.M. Stigen (red.): *Helse-Norge i Støpeskjeen: Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Cappelli, P. (1999): *The New Deal at Work. Managing the Market-Driven Workforce*. Boston: Harvard Business School Press.

Christensen, S., P. Karnøe, J.S. Pedersen og F. Dobbin (1997): Actors and Institutions. *The American Behavioral Scientist*, 40 (4):392–396.

Christensen, T. og P. Lægreid (2001): *New Public Management i norsk statsforvaltning*, s. 67–95 (kap. 2) i B.S. Tranøy og Ø. Østerud (red.): *Den fragmenterte staten: Reform, makt og styring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Christensen, T., P. Lægreid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T., P. Lægreid og L.R. Wise (2002): *Transforming Administrative Policy*. Særtrykk 1. Rokkansenteret, Universitetet i Bergen.

Clarke, J. og J. Newman (1997): *The Managerial State. Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. London: SAGE.

Cohany, S.R. (1996): Workers in alternative employment arrangements. *Monthly Labor Review*, Oct.:31–45.

Colbjørnsen, T. (2003): *Fleksibilitet og forutsigbarhet: Arbeid og organisasjoner i endring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Connelly, C.E. og D.G. Gallagher (2004): Emerging Trends in Contingent Work Research. *Journal of Management*, 30 (6):959–983.

Creed, W.E., M.A. Scully og J.R. Austin (2002): Clothes Make the Person? The Tailoring of Legitimizing Accounts and the Social Construction of Identity. *Organization Science*, 13 (5):475–496.

Czarniawska-Joerges, B. (1993): *The Three-Dimensional Organization: A Constructionist View*. Lund: Chartwell Bratt.

Czarniawska, B. (2008): How to Misuse Institutions and Get Away with It: Some Reflections on Institutional Theory(ies), s. 769–782 (kap. 32) i R. Greenwood et al. (red.): *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Los Angeles: SAGE.

Czarniawska, B. og B. Joerges (1996): *Travels of Ideas*, s. 13–48 i B. Czarniawska og G. Sevón (red.): *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.

Czarniawska, B. og G. Sevón, G. (1996): Introduction, s. 1–12 i B. Czarniawska og G. Sevón (red.): *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.

-----, (2005): Translation Is a Vehicle, Imitation its Motor, and Fashion Sits at the Wheel, s. 7–12 (kap. 1) i B. Czarniawska og G. Sevón, G. (red.): *Global ideas: How ideas, objects and practices travel in the global economy*. Stockholm: Liber.

Dacin, M.T. og P.A. Dacin (2008): Traditions as Institutionalized Practice: Implications for Deinstitutionalization s. s. 327– 351 (kap. 12) i R. Greenwood et al. (red.): *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Los Angeles: SAGE.

Dacin, M.T., J. Goodstein og W.R. Scott (2002): Institutional Theory and Institutional Change: Introduction to the Special Research Forum. *Academy of Management Journal*, 45 (1):43–57.

Dahle, R. (2006): Temporary Nurses: A Gendered Flexible Labour Force in the Norwegian Welfare State. *Knowledge, Work & Society/Savoir, Travail et Société*, 4 (1):83–103.

Dahle, R. og E. Kvamme (2005): Medisinske vikarer på sykehus – en nyskapning med undertoner. *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 22 (1):3–10.

Dahle, R. og M.M. Østbye (2007): *Medisinske vikarbyråer: En sikkerhetsventil i et sårbart system?* NOVA-rapport 4/2007. NOVA, Oslo.

Dalen, D.M., J. Grytten og R.J. Sørensen (2002): *Mer penger eller mer for pengene? Organisering og finansiering av norske sykehus*. Forskningsrapport 16/2002. Handelshøyskolen BI, Oslo.

Deephouse, D.L. og M. Suchman (2008): Legitimacy in Organizational Institutionalism, s. 49–77 (kap. 1) i R. Greenwood et al. (red.): *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Los Angeles: SAGE.

Dent, M. (2003): *Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe. Medicine, Nursing and the State*. New York: Palgrave Macmillan.

DiMaggio, P.J. (1983): State Expansion and Organizational Fields, s. 147–161 i R.H. Hall og R.E. Quinn (red.): *Organizational Theory and Public Policy*. Beverly Hills: SAGE.

-----, (1988): Interest and Agency in Institutional Theory, s. 3–22 i L. Zucker (red.): *Institutional Patters and Organizations. Culture and Environment*. Cambridge: Ballinger Publishing Company.

DiMaggio, P.J. og W.W. Powell (1983): The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48: 147-160.

-----, (1991): Introduction, s. 1–38 (kap. 1) i W.W. Powell og P.J. DiMaggio (red.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.

DiNatale, M. (2001): Characteristics of and preference for alternative work arrangements, 1999. *Monthly Labor Review*, March:28–49.

Dok.nr.8:12 (1997–1998): *Forslag fra stortingsrepresentantene Jan Petersen, Erna Solberg og Sverre J. Hoddevik om endring i sysselsetningsloven slik at det uttrykkelig blir tillatt å drive med utleie av arbeidskraft*. Datert 27.10.1997.

Dok.nr.8:13 (1997–1998): *Forslag fra stortingsrepresentantene Jan Petersen, Erna Solberg og Sverre J. Hoddevik om endring i sysselsetningsloven slik at det uttrykkelig blir tillatt å drive med utleie av arbeidskraft*. Datert 27.10.1997.

Dolonen, K.A. (2009): Vikarbyrå skal registreres. *Sykepleien*. Datert 12.01.2009.

Dowling, J. og J. Pfeffer (1975): Organizational Legitimacy: Social Values and Organizational Behaviour. *Pacific Sociological Review*, 18 (1):122–136.

Dyer, W.G. Jr. og A.L. Wilkins (1991): Better Stories, Not Better Constructs, to Generate Better Theory: A Rejoinder to Eisenhardt. *Academy of Management Review*, 16 (3):613–619.

ECON (1999): *Kostnader ved sykepleiermangelen*. ECON-rapport 49/1999. Utarbeidet for Norsk Sykepleierforbund. ECON Senter for økonomisk analyse, Oslo.

----- (2000): *Utenlandske sykepleiere i Norge*. ECON-rapport 30/2000. Utarbeidet for Norsk Sykepleierforbund. ECON Senter for økonomisk analyse, Oslo.

----- (2002): *Sykepleiere: Få og lavlønte?* ECON-notat 17/2002. Utarbeidet for NAVO. ECON Senter for økonomisk analyse, Oslo.

Econ Pöyry (2009): *Bemanningsbransjen. Struktur, utvikling og rolle*. Rapport 2009-083. Utarbeidet for Arbeids- og Inkluderingsdepartementet. Econ Pöyry, Oslo.

Eilertsen, R. (2003): *Når sykehus blir butikk: Om etablering av et sykehusmarked i Norge*. De Facto – Kunnskapssenter for fagorganiserte, Oslo.

Eilertsen, R. og S. Stugu (2010a): *Vikarbyrådirektivet – fra vondt til verre?* Rapport 4:2010. De Facto – kunnskapssenter for fagorganiserte, Oslo.

----- (2010b): *Høringsnotatet om vikarbyrådirektivet. Noen kommentarer*. De Facto – kunnskapssenter for fagorganiserte, Oslo.

Eisenhardt, K.M. (1989): Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14 (4):532–550.

----- (1995): Building Theories from Case Study Research, s. 65–90 (kap. 3) i G.P. Huber og A.H. Van de Ven (red.): *Longitudinal Field Research Methods: Studying Processes of Organizational Change*. Thousand Oaks: SAGE.

Ellingsæter, A.L. (1995): Kjønn, deltidsarbeid og fleksibilitet i arbeidsmarkedet. Det norske eksempelet, s. 154–183 i D. Olberg (red.): *Endringer i arbeidslivets organisering*. Fafo-rapport 183. Fafo, Oslo.

----- (2002): Postindustrielle tidskontrakter. Fra tidsdisiplin til tidssuverenitet?, s. 79–109 i A.L. Ellingsæter og J. Solheim (red.): *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt i moderne arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elsbach, K.D. og R.I. Sutton (1992): Acquiring Organizational Legitimacy through Illegitimate Actions: A Marriage of Institutional and Impression Management Theories. *Academy of Management Journal*, 35 (4):699–738.

Eriksson-Zetterquist, U., T. Kalling og A. Styhre (2005): *Organisation och organisering*. Malmö: Liber.

Erlingsdóttir, G. (1999): *Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Doktoravhandling, Lund universitet.

----- (2001): Kvalitetssäkringars översättning – recentralisering av kontroll, s. 57–85 (kap. 3) i E.Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. udgave, 2. oplag. København: Handelshøjskolens Forlag.

Europabevegelsen (25.08.2010): *Vikarbyrådirektivet*. Tilgjengelig fra www.jasiden.no [08.10.2010].

Fernler, K. (1994): Generella modeller och lokala lösningar, s. 93–117 (kap. 6) i B. Jacobsson (red.): *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.

Fligstein, N. (1985): The Spread of the Multidivisional Form among Large Firms, 1919–1979. *American Sociological Review*, 50 (3):377–391.

Flyvbjerg, B. (2003): Five misunderstandings about case study research, s. 420–434 (kap. 27) i C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium og D. Silverman (red.): *Qualitative Research Practice*. London: SAGE.

Fonn, M. (2002): Legene overtar. *Sykepleien*, 12:9–13.

Forseth, U. (2001): *Boundless Work – Emotional Labour and Emotional Exhaustion in Interactive Service Work*. Doktoravhandling (dr.polit.), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

----- (2002): Fra psykolog til sirkusartist, s. 103–118 (kap. 7) i U. Forseth og B. Rasmussen (red.): *Arbeid for livet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Forseth, U., T.H. Molden og B. Rasmussen (2002): Det nye arbeidslivet – et kundeliv, s. 75–92 (kap. 5) i U. Forseth og B. Rasmussen (red.): *Arbeid for livet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Forssell, A. og D. Jansson (2000): *Idéer som fångslar – recept för en offentlig reformation*. Malmö: Liber Ekonomi.

Fossåskaret, E. (1997): Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse, s. 11–45 i E. Fossåskaret, O.L. Fuglestad og T.H. Aase (red.): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fritt Forum: Diskusjonsforum på www.sykepleien.no. Administrator: NSF.

Fuglestad, O.L. (1997): Skriveprosessen i kvalitativ forskning, s. 237–256 i E. Fossåskaret, O.L. Fuglestad og T.H. Aase (red.): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fæste, K. (2003): Sykepleiervikarer; en lønnsom offentlig tjeneste? Kronikk i *Dagens Medisin*, 3.

Førland, O. (2005): *Fra student til sykepleier. Dokumentasjonsrapport fra fase 1 og 2 av prosjektet "Sykepleieres yrkesløp og yrkesverdier"*. FOU-rapport 1/2005, Diakonissehjemmets høgskole, Bergen.

Gaupset, S.S. (2002): Trenger vi offentlige reguleringer?, s. 159–171 (kap. 11) i U. Forseth og B. Rasmussen (red.): *Arbeid for livet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gjerberg, E. og B.Aa. Sørensen (2006a): *Enhetlig ledelse i sykehus*. AFI-rapport 3/2006. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.

-----, (2006b): Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126 (8):1063–1066.

Glassman, R.B. (1973): Persistence and loose coupling in living systems. *Behavioral Science*, 18:83–98.

Gomm, R., M. Hammersley og P. Foster (2004) (red.): *Case Study Method. Key Issues, Key Texts*. London: SAGE.

Greenwood, R. og R. Suddaby (2006): Institutional Entrepreneurship in Mature Fields: The Big Five Accounting Firms. *Academy of Management Journal*, 49 (1):27–48.

Grimen, H. (2001): *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. 2. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Grotle, T. (2000): *IT Fornebu – fra visjon til virkelighet. Betydningen av sosiale nettverk og tillit i politikk og næringsliv*. Hovedoppgave (sociologi), Universitetet i Bergen.

Grönlund, A. (2004): *Fleksibilitetens gränser. Förändring och friktion i arbetsliv och familj*. Doktoravhandling (dr.fil.), Umeå universitet.

Hagen, K.P. og E. Kjerstad (2001): Styring og regulering av helsesektoren, s. 173–200 (kap. 8) i J.E. Askildsen og K. Haug (red.): *Helse, økonomi og politikk: Utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Hammersley, M. og P. Atkinson (1992): *FELTMETODIKK. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. 3. opplag. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hammersley, M. og R. Gomm (2004): Introduction, s. 1–16 i R. Gomm, M. Hammersley og P. Foster (red.): *Case Study Method. Key Issues, Key Texts*. London: SAGE.

Hardy, C. og S. Maguire (2008): Institutional Entrepreneurship, s. 198–217 (kap. 7) i R. Greenwood et al. (red.): *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Los Angeles: SAGE.

Harsvik, T. og L.E. Kjekshus (2007): *INTORG – organisasjon og ledelsesstrukturer ved norske sykehus*. SINTEF-rapport A1067. SINTEF Helse, Oslo.

Hartley, J. (2004): Case Study Research, s. 323–333 (kap. 26) i C. Cassell og G. Symon (red.): *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*. London: SAGE.

Hasås, T. (2007): Register med mening. *LO-Aktuelt*. Dagens kommentar. Dater 08.05.2007.

Haukelien, H. (2000): *Kall og byråkrati: Omsorgsideologier og omsorgspraksiser blant sykepleiere*. Hovedoppgave (sosialantropologi), Universitetet i Oslo.

Helsedepartementet (2002): *Ledelse i sykehus*. Rundskriv I–9.

Helse- og omsorgsdepartementet (31.01.2007): Pressemelding: *Regjeringen gir 800 millioner til sykehusene og danner Helse Sør-Øst RHF*.

Hernæs, N. (2002): *En opprører. Sykepleien*, 8.

Hillestad, T. (2004): *Toppledelsens troverdighet ved kriser. En studie av legitimitetsprosesser ved Åsgard-overskridelsene og Åsta-ulykken*. Doktoravhandling (dr.oecon.), Norges Handelshøyskole.

- Hitland, S. (1999): Arbeidsorganisering og deltid blant sykepleiere. *Nytt om kvinneforskning*, 3:32–40.
- Hjallum, P.R. og K. Fæste (2004): Mye eller lite helse for pengene? Kronikk i *Dagens Medisin*, 2.
- Hochschild, A.R. (1983): *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hood, C. (1991): A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 69:3–19.
- Husom, N. (2002): Lidelseshistorie om ledelse – lykkelig vending i Ålesund. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122 (23):2325.
- Innst.O.nr. 34 (1999–2000): *Innstilling fra kommunalkomiteen om lov om endringer i lov 4. februar 1977 nr 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø mv., i lov 4. mars 1983 nr 3 om statens tjenestemenn m.m. og i lov 27. juni 1947 nr 9 om tiltak til å fremme sysselsetting*.
- Innst.O.nr. 118 (2000–2001): *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.*
- Innst.S.nr. 88 (1997–1998): *Innstilling fra kommunalkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Jan Petersen, Erna Solberg og Sverre J. Hoddevik om 1. Endring i sysselsettingsloven slik at det uttrykkelig blir tillatt å drive med utleie av arbeidskraft og 2. Endring av sysselsettingsloven slik at det i større grad blir tillatt å drive privat arbeidsformidling*.
- Innst.S.nr. 17 (1998–1999): *Innstilling fra kommunalkomiteen om den 85. internasjonale arbeidskonferanse i Genève, 3.–19. juni 1997*.
- Jacobsen, C. (2000): *Servitørroller og servitørarbeid: En studie av hvordan servitørene ved to norske restauranter håndterer og opplever sitt arbeid*. Hovedoppgave (sosiologi), Universitetet i Bergen.
- Jacobsen, D.R.F. (2006): *Tjenestemannsorganisasjoner og nasjonal forvaltningspolitikk: Modernisering med en hånd på rattet og en fot på bremsen*. Doktoravhandling (dr.polit.), Universitetet i Bergen.
- Jacobsson, B. (1994a): Att organisera för effektivitet, s. 11–21 (kap. 1) i B. Jacobsson (red.): *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- (1994b): Reformer och organisatorisk identitet, s. 38–61 (kap. 3) i B. Jacobsson (red.): *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- (1994c) (red.): *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Jepperson, R.L. (1991): Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism, s. 143–163 (kap. 6) i W.W. Powell og P.J. DiMaggio (red.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jespersen, P.K. (2001): New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen, s. 143–169 (kap. 6) i E.Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. udgave, 2. oplag. København: Handelshøjskolens Forlag.
- (2003): Sygehusledelser mellem interne strategier og institutionelle krav, s. 95–131 (kap. 4) i F. Borum (red.): *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Johansen, M.S. (2005): *Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet*. Notat 16/2005. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetsforskning Bergen.

----- (2008): Mellom profesjon og reform – En kvalitativ analyse av ledelsesidealer og lederpraksis blant leger og sykepleiere i norske somatiske sykehus. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 10 (1):37–59.

----- (2009): *Mellom profesjon og reform: Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. PhD-avhandling, Handelshøyskolen BI.

Johansson, R. (2002): *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen: En skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Johnson, G. (1998): Book Review of Czarniawska and Sevón (eds.): *Translating Organizational Change*, 1996, Berlin: Walter de Gruyter. *Organization Studies*, 19 (3):518–522.

Johnsplass, N.-A. (1999): *Avpopularisering og avvikling. Bestiller-utførermodellens vekst og fall i svensk kommunalförvaltning*. Hovedoppgave (statsvitenskap), Universitetet i Tromsø.

Johnstad, T., J.E. Klausen og J. Mønnesland (2003): *Globalisering, regionalisering og distriktspolitikk*. Rapport 76. Makt- og demokratiutredningens rapportserie.

Kalleberg, A.L. (2000): Nonstandard Employment Relations: Part-time, Temporary and Contract Work. *Annual Review of Sociology*, 26:341–365.

----- (2009): Precarious Work, Insecure Workers: Employment Relations in Transition. *American Sociological Review*, 74:1–22.

Kalleberg, A.L., B.F. Reskin, og K. Hudson (2000): Bad Jobs in America: Standard and Nonstandard Employment Relations and Job Quality in the United States. *American Sociological Review*, 65:256–278.

Kalleberg, R. (1982): Kvalitative metoder i sosiologisk forskning, s. 19–35 i H. Holter og R. Kalleberg (red.): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Karlsson, A. (1991): *Om strategi och legitimitet. En studie av legitimitetsproblematiken i förbindelse med strategisk förändring i organisationer*. Lund: Lund University Press.

Kjekshus, L.E. (2003): Når sykehus blir butikk – effekter på styring, profesjoner og brukere. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 19:444–459.

----- (2005): Vil reformen med statlige, regionale helseforetak føre til effektivitetsforbedringer i norske sykehus? *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 1:53–76.

Klausen, K.K. (2005): Fra Public Administration over New PA til NPM – en fortolkningsramme for reformer, s. 53–69 (kap. 3) i T. Busch et al. (red.): *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Kvamme, E. (2007): Vikarbyråsykepleiere i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 2 (1):28–33.

Lagtinget: Møte 20.12.1999: Sak nr. 17: *Odelstingets vedtak til lov om endringer i lov 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø mv., i lov 4. mars 1983 nr. 3 om statens tjenestemenn m.m. og i lov 27. juni 1947 nr. 9 om tiltak til å fremme sysselsetting*.

Latour, B. (1986): The Powers of Association, s. 264–280 i J. Law (red.): *Power, Action and Belief: a New Sociology of Knowledge*. London: Routledge og Kegan Paul.

Lee, K. og J.M. Pennings (2002): Mimicry and the Market: Adoption of a New Organizational Form. *Academy of Management Journal*, 45 (1):144–162.

Lian, O.S. (1994): Rettferdighetsnormer og fordelingspolitikk. Om DRG-finansiering og prioriteringer i helsevesenet. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 10 (4):375–396.

-----, (2003): *Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

-----, (2007): *Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lindberg, K. (2002): *Kopplandets kraft: Om organisering mellom organisationer*. Doktoravhandling (ekon.dr.), Göteborgs Universitet.

Lindberg, K. og G. Erlingsdóttir (2005): Att studera översättningar. Två idéers resor i den svenska hälso- och sjukvården. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 7 (3–4):27–52.

Lindholm, C. (2001): Reform utan förändring och förändring utan reform – ekonomistyrning som instrument och logik, s. 117–140 (kap. 5) i E.Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. utgave, 2. oplag. København: Handelshøjskolens Forlag.

Lindkvist, L. (1996): *När legitimiteten ifrågasätts. Om medarbetarägande och andra ovanliga organisationsformer*. København: Nyt fra Samfundsvitenskaberne.

Lindkvist, L. og L.-G. Aidemark (2005): *Sjukhus som bolag: Om legitimitet och identitet*. Stockholm: SNS förlag.

Lov om arbeidsmarkedstjenester av 10. desember 2004, nr 76 (arbeidsmarkedsloven).

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. juni 2005, nr. 62 (arbeidsmiljøloven).

Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001, nr. 93 (helseforetaksloven).

Lov om pasientrettigheter mv. av 2. juli 1999, nr. 63 (pasientrettighetsloven).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999, nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven).

Læg Reid, P., S. Opedal og I. Stigen (2005): Den norske sykehusreformen: Mer sentral politisk styring enn fristilling? *Nordiske Organisasjonsstudier*, 7 (2):19–36.

Maguire, S., C. Hardy og T.B. Lawrence (2004): Institutional Entrepreneurship in Emerging Fields: HIV/AIDS Treatment Advocacy in Canada. *Academy of Management Journal*, 47 (5):657–679.

March, J. og J.P. Olsen (1984): The new institutionalism: Organizational factors in political life. *American Political Science Review*, 78:734–749.

-----, (1989): *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press.

- , (1995): *Democratic Governance*. New York: The Free Press.
- , (2004): *The logic of appropriateness*. Working paper, No 9. Oslo: Arena.
- Martinsen, K. (1993a) (red.): *Den omtenksomme sykepleier*. Oslo: TANO.
- , (1993b): Livsmot og lidelse – den omtenksomme sykepleiers utfordring, s. 9–16 i K. Martinsen (red.): *Den omtenksomme sykepleier*. Oslo: TANO.
- Mathiesen, E.Aa. (2002): *Fritt sykehusvalg: En teoretisk analyse av konkurranse i det norske sykehusmarkedet*. HEB-notat 5/2002. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetet i Bergen.
- Matusik, S.F. og C.W.L. Hill (1998): The utilization of contingent work, knowledge creation, and competitive advantage. *The Academy of Management Review*, 23 (4):680–697.
- McLean Parks, J., D.L. Kidder og D.G. Gallagher (1998): Fitting square pegs into round holes: Mapping the domain of contingent work arrangements onto the psychological contract. *Journal of Organizational Behavior*, 19:697–730.
- Melander, P. (2001): Økonomistyring og organisatorisk skizofreni- om fattige sprog, løse koblinger og onde cirkler, s. 265–290 (kap. 11) i E.Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. udgave, 2. oplag. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Melby, K. (2000): *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*. 2. udgave. Oslo: Cappelen Forlag.
- Mellemvik, F. og I.J. Pettersen (1998): Norway – A Hesitant Reformer?, s. 185–218 (kap. 7) i O.J. Olson, J. Guthrie og C. Humphrey (red.): *Global Warning: Debating International Developments in New Public Financial Management*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Meyer, J.W. og B. Rowan (1977): Institutional Organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83:340–363.
- Meyer, J.W. og W.R. Scott (1992a) (red.): *Organizational Environments. Ritual and Rationality*. Updated Edition. Newbury Park: SAGE.
- , (1992b): Centralization and the Legitimacy Problems of Local Government, s. 199–215 i J.W. Meyer og W.R. Scott (red.): *Organizational Environments: Ritual and Rationality*. Updated Edition. Newbury Park: SAGE.
- Miles, M.B. og A.M. Huberman (1994): *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE.
- Mo, T.O. (2006): *Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Doktoravhandling (dr.polit.), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Nergaard, K. (2005): Midlertidige ansettelser som forskningsfelt, s. 11–28 (kap. 2) i P. Schøne (red.): *Det nye arbeidsmarkedet: Kunnskapsstatus og problemstillinger*. Program for arbeidslivsforskning i Norges forskningsråd. Oslo: Forskningsrådet.
- Nergaard, K. og H. Nicolaisen (2002): *Utleie av arbeidskraft: Omfang og utvikling*. Fafo-notat 17/2002. Fafo, Oslo.

Nergaard, K. og J. Svalund (2008): *Utleie av arbeidskraft 2008. Omfang og utvikling over tid*. Fafo-notat 25/2008. Fafo, Oslo.

Nesheim, T. (1999): Vikarbyrået – en kilde til fleksibilitet? *Beta*, 1:56–66.

-----, (2002): *Motiver og drivkrefter for eksternalisering av arbeid*. Upublisert arbeidsnotat utarbeidet for Arbeidslivslovutvalget.

-----, (2004): 20 år med Atkinson-modellen: Åtte teser om 'den fleksible bedrift'. *Sosiologisk tidsskrift*, 12 (1):3–24.

-----, (2005): Ansettelsesrelasjoner i norsk arbeidsliv: Perspektiver og problemstillinger, s. 77–88 (kap. 5) i B. Rasmussen (red.): *Et bærekraftig nytt arbeidsliv? Kunnskapsstatus og problemstillinger*. Program for Arbeidslivsforskning i Norges forskningsråd, Oslo.

Nesheim, T. og I.-M. Hersvik (1998): *Vikarbyråer og innleie av arbeidskraft*. SNF-rapport 47/1998. Samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

Nilsen, E.A. (2007): *Oversettelsens mikroprosesser. Om å forstå møtet mellom en global idé og lokal praksis som dekontekstualisering, kontekstualisering og nettverksbygging*. Doktoravhandling (dr.polit.), Universitetet i Tromsø.

NOU (1987:25): *Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering*.

NOU (1989:5): *En bedre organisert stat*.

NOU (1996:5): *Hvem skal eie sykehusene?*

NOU (1997:2): *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*.

NOU (1998:15): *Arbeidsformidling og arbeidsleie*.

NOU (1999:15): *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

NSF: *Statusrapport 2002*.

NSFs høringsuttalelse til NOU (1998:15): *Arbeidsformidling og arbeidsleie*. Datert 07.12.1998. Tilgjengelig fra: www.sykepleierforbundet.no [23.11.2006].

NSFs høringsuttalelse til NOU (2000:19): *Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse?* Datert 13.11.2000. Tilgjengelig fra: www.sykepleierforbundet.no [20.02.2007].

NSFs nettside (udatert): *Om oss*. Tilgjengelig fra: www.sykepleierforbundet.no [26.11.2010].

-----, (30.11.1999): *Utleieloven gir et dårligere helsevesen* (av Ingvild D. Dørnes). Tilgjengelig fra www.sykepleierforbundet.no [23.11.2006].

-----, (10.12.1999): *Beklagelig forlik åpner for utleie også av sykepleiere*. Tilgjengelig fra www.sykepleierforbundet.no [09.06.2005].

-----, (05.09.2001): *Første tariffavtale med vikarbyrå – Bemanningscompagniet* (av Ingvild D. Dørnes). Tilgjengelig fra: www.sykepleierforbundet.no [22.08.2002].

-----, (29.11.2001): *På jakt etter jobb?* (av Bernhard Stormyr). Tilgjengelig fra www.sykepleieforbundet.no [23.11.2006].

-----, (07.06.2002): *Tariffoppgjøret 2002 – resultatene hittil* (av Bernhard Stormyr). Tilgjengelig fra www.sykepleieforbundet.no [09.06.2005].

Odelstinget: Møte 17.12.1999. Dagsorden (nr. 12), Sak nr. 3: *Innstilling fra kommunalkomiteen om lov om endringer i lov 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø mv., i lov 4. mars 1983 nr. 3 om statens tjenestemenn m.m. og i lov 27. juni 1947 nr. 9 om tiltak til å fremme sysselsetting.*

Oliver, C. (1992): The Antecedents of Deinstitutionalization. *Organizations Studies*, 13 (4):563–588.

Olofsdotter, G. (2007): Flexibilitetens villkor och konsekvenser inom bemanningsföretag. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 9 (4):5–31.

Olsen, J.P. (1993): Et statsvitenskapelig perspektiv på offentlig sektor, s. 17–42 (kap. 1) i P. Lægreid og J.P. Olsen (red.): *Organisering av offentlig sektor: Perspektiver – reformer – erfaringer – utfordringer*. Otta: Tano.

Olsen, K.M. (1998): Numerisk fleksibilitet, s. 39–61 (kap. 3) i K.M. Olsen og H. Torp (red.): *Fleksibilitet i norsk arbeidsliv*. Rapport 98:2, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.

-----, (2004): Hvor dårligere er midlertidige jobber? *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 21 (1):114–121.

Olsen, T.S. (2000): Deltidsansatte sykepleiere – ingen stor arbeidskraftreserve. *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 17:149–158.

-----, (2002): *Arbeidskraftreserven blant deltidsansatte. Arbeidskraftreserven blant deltidsansatte sykepleiere og hjelpepleiere i sykehussektoren*. FoU-rapport nr. 3/2002. Agderforskning, Kristiansand.

Olsten (11.07.2000): Pressemelding: *Laila Dåvøy engasjert i Olsten*.

Ot.prp.nr. 10 (1998–1999): *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Ot.prp.nr. 70 (1998–1999): *Om lov om endringer i lov 4 februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø mv., i lov 4. mars 1983 nr. 3 om statens tjenestemenn m.m. og i lov 27. juni 1947 nr. 9 om tiltak til å fremme sysselsetting.*

Ot.prp.nr. 66 (2000–2001): *Om lov om helseforetak m.m.*

Ot.prp.nr. 56 (2006–2007): *Om lov om endringer i arbeidsmiljøloven og allmenngjøringsloven (innleie, påseplikt for oppdragsgivere og innsynsrett for tillitsvalgte mv.).*

Patton, M.Q. (2002): *Qualitative Research & Evaluation Method*. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE.

Pearce, J.L. (1998): Job Insecurity Is Important, but Not for the Reasons You Might Think: The Example of Contingent Workers, s. 31–46 (kap. 2) i C.L. Cooper og D.M. Rousseau (red.): *Trends in Organizational Behavior*. Vol. 5. Chichester: John Wiley & Sons.

Peck, J. og N. Theodore (1998): The Business of Contingent Work: Growth and Restructuring in Chicago's Temporary Employment Industry. *Work, Employment and Society*, 12 (4):655–674.

Pettersen, I.J. (2001): Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121 (18):2186–2188.

-----, (2005): Fra tempel til butikk. Den reformerte spesialisthelsetjenesten, s. 207–226 (kap. 13) i T. Busch et al. (red.): *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Pierson, P. (2004): *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. New Jersey: Princeton University Press.

Piro, F.N. (2004): *Påvirker forsknings- og undervisningsinnsatsen kostnadseffektiviteten ved norske sykehus? Analyse av paneldata*. Skriftserie 4. Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo.

Ragin, C.C. (1997): Introduction: Cases of “What is a case?”, s. 1–17 i C.C. Ragin og H.S. Becker (red.): *What is a case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ramsdal, H. og E.J. Skorstad (2004): *Privatisering fra innsiden: Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rasmussen, B. (2005): Mellom samfunnsansvar og effektivitet – en innledning, s. 7–24 (kap. 1) i Rasmussen, B. (red.): *Et bærekraftig nytt arbeidsliv? Kunnskapsstatus og problemstillinger*. Program for arbeidslivsforskning, Norges forskningsråd, Oslo.

Regjeringens nettside (udatert): Tilgjengelig fra www.regjeringen.no.

-----, (09.02.2007): *Ønsker debatt om mangel på helsepersonell*. Tilgjengelig fra www.regjeringen.no [03.08.2007].

Rose, G. (1982): *Deciphering Sociological Research*. London: The Macmillan Press.

Rossvær, T. (1985): *Organisasjonsteorier i sosiologisk belysning*. Oslo: Juul Møller Forlag.

Ruef, M. og W.R. Scott (1998): A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environment. *Administrative Science Quarterly*, 43:877–904.

Ryen, A. (2002): *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røvik, K.A. (1992a): Institusjonaliserte standarder og multistandardorganisasjoner. *Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift*, 8 (4):261–284.

-----, (1992b): *Den “syke” stat: Myter og moter i omstillingsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.

-----, (1992c): Vitenskap eller moter? – En kunnskapssosiologisk analyse av konsulenters organisasjonskompetanse. *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 73 (2):130–148.

-----, (1996): Deinstitutionalization and the Logic of Fashion, s. 139–172 i B. Czarniawska og G. Sevón (red.): *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.

-----, (1998): *Moderne organisasjoner: Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

-----, (2000): Bill.mrk. Translatørkompetanse søkes!, s. 221–234 (kap. 12) i H. Gammelsæter (red.): *Innovasjonspolitik, kunnskapsflyt og regional utvikling*. Trondheim: Tapir.

-----, (2001). Overføring og oversettelse av ledelsesteknologier i den globale organisasjonslandsby, s. 165–191 i S. Jönsson og B. Larsen (red.): *Teori og Praksis: Skandinaviske perspektiver på ledelse og økonomistyring*. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.

-----, (2002): *The Secrets of the Winners: Management Ideas that Flow*, s. 113–144 (kap. 6) i K. Sahlin-Andersson og L. Engwall (red.): *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows, and Sources*. Stanford: California, Stanford University Press.

-----, (2007): *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sahlin-Andersson, K. (1996): Imitating by Editing Success: The Construction of Organization Fields, s. 69–92 i B. Czarniawska og G. Sevón (red.): *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.

-----, (2001): I mötet mellan reform och praktikk, s. 293–311 (kap. 12) i E.Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. utgave, 2. opplag. København: Handelshøjskolens Forlag.

-----, (2003): I forandringens krydsfelt: Ledelse på distance, s. 229–253 (kap. 8) i F. Borum, (red.): *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Sahlin-Andersson, K. og L. Engwall (2002a): Carriers, Flows, and Sources of Management Knowledge, s. 3–32 (kap. 1) i K. Sahlin-Andersson og L. Engwall (red.): *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows and Sources*. Stanford: Stanford University Press.

-----, (2002b): The Dynamics of Management Knowledge Expansion, s. 277–296 (kap. 12) i K. Sahlin-Andersson og L. Engwall (red.): *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows and Sources*. Stanford: Stanford University Press.

Sahlin, K. og L. Wedlin (2008): Circulating Ideas: Imitation, Translating and Editing, s. 218–242 (kap. 8) i R. Greenwood et al. (red.): *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Los Angeles: SAGE.

Savides, S.J. (2005): *Omsorg fra Øst til Helse (i) Vest. Polske og tyske sykepleieres beretninger om omsorg og fellesskap*. Hovedoppgave (sosiologi), Universitetet i Bergen.

Scheuer, J.D. (2006): Om oversættelse af oversættelsesbegrepet – En analyse af de skandinaviske ny-institutionalistes oversættelse af oversættelsesbegrepet. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 8 (4):3–40.

Scott, W.R. (1987): The Adolescence of Institutional Theory. *Administrative Science Quarterly*, 32 (3):493–511.

-----, (2001): *Institutions and Organizations*. 2nd ed. London: SAGE.

Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel og C.A. Caronna (2000): *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chigaco: The University of Chigaco Press.

Selander, M. (2006): Omdefineringen av lærarprofessjonen? – Diskursiva praktiker och dess makteffekter. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 8 (3):69–90.

Servicebedriftenes Landsforening (2007): Pressemelding: *Ut av bemanningskrisen*.

-----, (15.05.2002): Pressemelding: *Organiserer utleie av helsepersonell*.

Sevón, G. (1996). Organizational Imitation in Identity Transformation, s. 49–67 i B. Czarniawska og G. Sevón (red.): *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.

Skarpenes, O. (2004): *Kunnskapenes legitimering. En studie av to reformer og tre fag i videregående skole*. Doktoravhandling (dr.polit.), Universitetet i Bergen.

Skaset, M. (2003): Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985, s. 499–548 (kap. 14) i A. Schiøtz (red.): *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind 2: Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skaug, E.A. (1991): *Sykepleiefaglig identitet – en studie av betegnelsen “sykepleiefaglig identitet” og av sykepleierstudenters oppfatning av sykepleie som fag*. Hovedoppgave (sykepleievitenskap), Kristiansand Sykepleierhøgskole.

Skogheim, G. (2005): *Sykepleiere i vikarbyrå*. Hovedoppgave (sosiologi), Universitetet i Tromsø.

Slagstad, R. (2006): *Kunnskapens hus*. 2. utgave. Oslo: Pax Forlag.

Slaatten, B.G.H. (2001): Nå må vi ta ansvar!. *Sykepleien*, 15.

-----, (2002a): I streik for et bedre helsevesen!. *Sykepleien*, 4.

-----, (2002b): Streiken er over – konflikten fortsetter. *Sykepleien*, 6.

Sognstrup, H. (2003): *Profesjonelle i afdelingsledelse*. PhD-avhandling, Aalborg Universitet.

Sosialdepartementet (1990): *Ledelse i sykehus*.

Sosial- og helsedepartementet (1998): *Rett person på rett plass: Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998–2001*. Publisert 14.12.1999.

Stake, R.E. (1994): Case Studies, s. 236–247 (kap. 14) i N.K. Denzin og Y.S. Lincoln (red.): *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE.

Stene, Ø. (2001): *Fra ide til konsept og administrativ reform: En studie om hvordan seviceerklærings-ideen overføres og materialiseres i møte med den norske statsforvaltningen, og dens påvirkning på daglig praksis i trygdeetaten*. Hovedoppgave (administrasjon og organisasjonsvitenskap), Universitetet i Bergen.

Stigen, I.M. (2005): Innledning, s. 15–26 (kap. 1) i S. Opedal og I.M. Stigen (red.): *Helse-Norge i Støpeskjeen: Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

St.meld.nr. 1 (1997–1998): *Nasjonalbudsjettet 1998*.

St.meld.nr. 1 (1998–1999): *Nasjonalbudsjettet 1999*.

St.meld.nr. 1 (1999–2000): *Nasjonalbudsjettet 2000*.

St.meld.nr. 1 (2000–2001): *Nasjonalbudsjettet 2001*.

Storeng, N., T.H. Beck og A.D. Lund (2003): *Arbeidslivets spilleregler II: Endringer i arbeidsforholdet – stillingsvernreglene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stortinget: Møte 19.02.1998. Sak nr. 1: *Innstilling fra kommunalkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Jan Petersen, Erna Solberg og Sverre J. Hoddevik om 1. Endring i sysselsettingsloven slik at det uttrykkelig blir tillatt å drive med utleie av arbeidskraft og 2. Endring av sysselsettingsloven slik at det i større grad blir tillatt å drive privat arbeidsformidling.*

Stortinget: Spørretime 1. mars 2000, Spørsmål nr. 33: Spørrer Lodve Solholm (FrP) i Kommunalkomiteen til Arbeids- og administrasjonsminister Laila Dåvøy (KrF).

St.prp.nr. 66 (1997–1998): *Om den 85. internasjonale arbeidskonferanse i Genève, 3.–19. juni 1997.* Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.

Suchman, M.C. (1995): Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review*, 20 (3):571–610.

Sykepleien: Leder-/redaktørartikler signert med *mem*:

- *Latterlige forsøk på å løse sykepleiemangelen* (1998), nr. 4.
- *Kostbar løsning for dårligere sykepleie* (1999), nr. 19.
- *Vikarene setter følelsene i sving* (2001), nr. 15.
- *Forbigående stagnasjon i vikarmarkedet* (2002), nr. 10.

Sykepleieropprøret 2002: Aksjonskomiteens nettside: <http://come.to/oppror2002>.

Sørensen, B.Aa. (2000): “... en dag i Helse-Norge”: *Hverdagsliv i et tilnærmet representativt utvalg norske somatiske sykehusenheter: Arbeidsforhold, pasientreaksjoner og reell bemanning.* Delrapport 1/2000, notat 7. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.

----- (2001): *Et nytt helse-Norge? En panelstudie fra somatisk sykehus.* AFI-rapport 5/2001. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.

Thagaard, T. (2003): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Torjesen, D.O. (2007): *Foretak, management og medikrati: En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* Doktoravhandling (dr.polit.), Universitetet i Bergen.

Uzzi, B. og Z.I. Barsness (1998): Contingent Employment in British Establishments: Organizational Determinants of the Use of Fixed-Term Hires and Part-Time Workers. *Social Forces*, 76 (3):967–1006.

Vabo, S.I. og I.M. Stigen (2004): Moteslaveri, interesser og behov: En analyse av utbredelsen av moderne organisasjonsløsninger i norske kommuner. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 6 (1):48–88.

Vabø, M. (2007): *Organisering for velferd: Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid.* Doktoravhandling (dr.philos.), Universitetet i Oslo.

Valstad, S.J. (2004): *Organisasjonsidentitet: En teoretisk og empirisk studie av endring i organisasjonsidentitet.* Ph.D-avhandling, Copenhagen Business School.

Vanebo, J.O. (2005): NPM, ledelse og organisering, s. 262–269 (kap. 16) i T. Busch et al. (red.): *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer.* 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Vareide, P.K. (2001): *Sykehusreformen: Et hamskifte av helsetjenesten.* SINTEF-rapport. SINTEF Unimed. Ledelse, organisasjon og samhandling, Trondheim.

Vareide, P.K., C. Hofseth, R. Norvoll og K. Røhme (2001): *Stykkevis og helt – Sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. SINTEF-rapport. NIS helsetjenesteforskning/SINTEF Unimed helsetjenesteforskning, Oslo.

Vassenden, A. (2008): *Flerkulturelle forståelsesformer. En studie av majoritetsnordmenn i multietniske boligområder*. Doktoravhandling (dr.polit.), Universitetet i Oslo.

Vikan, H.M. (2000): *Implementering av reform-ideer, – ferdigdefinert standard eller kontinuerlig transformasjon? En studie av reform-ideen internkontroll (av helse, - miljø og sikkerhet) på ulike organisatoriske nivå*. Hovedoppgave (statsvitenskap), Universitetet i Tromsø.

Voss, K. og R. Sherman (2000): Breaking the Iron Law of Oligarchy: Union Revitalization in the American Labor Movement. *The American Journal of Sociology*, 106 (2):303–349.

Vrangbæk, K. (2001): New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser, s. 33–56 (kap. 2) i E.Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. udgave, 2. oplag. København: Handelshøjskolens Forlag.

Wadel, C. (1991): *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Waks, C. (2001): Arbetsorganiseringens betydelse för gränsdragningar mellan prefessioner, s. 199–217 (kap. 8) i E.Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. 1. udgave, 2. oplag. København: Handelshøjskolens Forlag.

Walter, L. (2005): *Som hand i handske: En studie av matching i ett personaluthyringsföretag*. Doktoravhandling (ekon.dr.), Göteborgs Universitet.

Weick, K.E. (1976): Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. *Administrative Science Quarterly*, 21:1–19.

Westphal, J.D., R. Gulati og S.M. Shortell (1997): Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption. *Administrative Science Quarterly*, 42 (2):366–394.

Wolcott, H.F. (2001): *Writing Up Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE.

Wæraas, A. (1997): *Institusjonaliserte myter og departementenes strukturelle utforming*. Hovedoppgave (statsvitenskap), Universitetet i Oslo.

----- (2004): *Den karismatiske offentlige organisasjon: Konstruksjonen av organisasjonslegitimitet ved hjelp av private kommunikasjonsrådgivere*. Doktoravhandling (dr.polit.), Universitetet i Tromsø.

Xtra personells nettside (udatert): *Historikk*. Tilgjengelig fra: www.xtra.no [26.11.2010].

Yin, R.K. (1994): *Case Study Research. Design and Methods*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE.

Zilber, T.B. (2006): The Work of the Symbolic in Institutional Processes: Translations of Rational Myths in Israeli High-tech. *Academy of Management Journal*, 49 (2):281–303.

Zucker, L. (1987): Institutional Theories of Organization. *Annual Review of Sociology*, 13:443–464.

Østby, M.M. (2004): *Medisinske vikarer: Sykepleiervikarenes inntog i norsk helsevesen. Konsekvenser på avdelingsnivå*. Hovedoppgave (statsvitenskap), Universitetet i Oslo.

Aase, T.H. (1997): Tolkning av kategorier. Observasjon, begrep og kategori, s. 143–166 i E. Fossåskaret, O.L. Fuglestad og T.H. Aase (red.): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sykehus(interne)dokumenter

(Oversikten er avgrenset slik at interne e-poster, notater og liknande er utelatt. Der det er gjort bruk av denne typen informasjon, vil det fremgå av fotnoter i teksten).

Haukeland Sykehus: *Årsberetning 2001*.

Haukeland sykehus' nettside (06.09.02): *Prosjekt "Nytt internt vikarbyrå" er i gang!*. Tilgjengelig fra www.haukeland.no [09.09.2002].

Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: Internt notat fra Personal- og organisasjonsdirektøren til Ledergruppen: *Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå*. Datert 30.04.2001. Sak nr. 76 på ukemøte 03.05.2001 i Ledergruppen.

Helse Bergen: Utlysingstekst for stilling ved KompetanseService, søknadsfrist 31.05.2003. Tilgjengelig fra: www.finn.no [29.04.2003].

Helse Bergen: *Årsberetning 2002*.

Helse Bergen: *Utkast til samarbeidsavtale Nevroklinikken – Vikarsenteret*, 26.04.2005.

Helse Bergens nettside (18.06.2003): *Dugnad for å kutte ventelistene* (av Mona Høgli). Tilgjengelig fra www.helse-bergen.no [12.12.2006].

Helse Bergen, Foretaksledelsen: Møtereferat fra ukemøte 27.06.2002. Sak D: *Vikarbyråer*.

Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Innkjøpsseksjonen: *Innkjøpskontrakt med PowerCare Aps*. Datert 07.11.2002.

Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: Saksinnmelding til møte i Ledergruppen 11.02.2002. Sak nr. 31: *Innleie av helsepersonell*.

Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen (02.04.2002): *Høringsnotat: Forslag til retningslinjer for innleie av helsepersonell til Helse Bergen HF*.

Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: *Interne retningslinjer for innleie av sykepleiere til Helse Bergen HF*, vedtatt 08.05.2002.

Helse Bergen, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: *Tillegg til leverandøravtale mellom Helse Bergen og Adecco Norge AS*. Datert 21.11.2002.

Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus: Saksinnmelding til møte i foretaksledelsen 11.09.2005: *Vedrørende: Helse Bergen sitt vikarsenter (KomSe og VISS), drift og videreutvikling*. Datert 08.09.2005.

Helse Bergen, KompetanseService: *KompetanseService, KomSe*. Informasjonsmateriell. Datert 12.08.2003.

Helse Bergen, Vikarsenteret: *Vikarsenteret*. Informasjonsmateriell. Datert 01.06.2005.

Helse Vest: *Konkurransegrunnlag: "Vikartjenester"*. Tilbudsfrist: 17.02.2005.

Hordaland Fylkeskommune, Haukeland Sykehus, Personal- og organisasjonsavdelingen: *Markedsforespørsel: Innleie av helsepersonell*. Tilbudsfrist: 09.11.2001.

Medieoppslag

Absentia (19.03.2007): *Vikarbyråenes rekordår* (av Lars André Dahl). Tilgjengelig fra: www.absentia.no [12.12.2006].

Adresseavisen (26.07.2000): *Helomvending av Dåvøy*. Tilgjengelig fra: www.adressa.no [21.01.2003].

-----, (27.07.2000): *Vikarbyråer vil redde helsesektoren*. Tilgjengelig fra: www.sykepleierkongressen.no [20.06.2007].

-----, (05.04.2002): *Sykepleiere starter oppsigelsesræs*. Tilgjengelig fra: www.adressa.no [13.12.2006].

-----, (08.04.2002): *Sykepleiere går i protest*. Tilgjengelig fra: www.adressa.no [13.12.2006].

-----, (09.04.2002a): *Sykepleieropprøret fortsetter*. Tilgjengelig fra: www.adressa.no [12.12.2006].

-----, (09.04.2002b): *Sykepleier kan doble lønna*. Tilgjengelig fra: www.adressa.no [12.12.2006].

-----, (10.04.2002): *Sykepleiere strømmer til vikarbyrå*. Tilgjengelig fra: www.adressa.no [12.12.2006].

Aftenbladet (09.10.2002): *SiR skaper egen vikarpool* (av Anja Wendelborg Fremo). Tilgjengelig fra: www.aftenbladet.no [30.10.2002].

Aftenposten (24.09.1998): *Sykepleier-nei til privatisering* (av Anne Hafstad). Tilgjengelig fra www.aftenposten.no [21.03.2003].

-----, (17.03.2001a): *Vendte tilbake til yrket*. Tilgjengelig fra: www.aftenposten.no [28.04.2003].

-----, (17.03.2001b): *Populært å bli sykepleiervikar* (av Merete Landsend). Tilgjengelig fra: www.aftenposten.no [21.01.2003].

-----, (29.07.2001): *Privat pleie på Ullevål* (av Anne Hafstad). Tilgjengelig fra: www.aftenposten.no [29.07.2002].

-----, (09.10.2001): *Oppvask på Aker sykehus* (av Kjetil Olsen). Tilgjengelig fra: www.aftenposten.no [23.11.2006].

-----, (08.11.2001): *Når vikarene skummer fløten*. Tilgjengelig fra: www.aftenposten.no [29.07.2002].

- , (10.12.2001): *Klare til streik for statlig lønn* (av Siri Gedde-Dahl og Anne Hafstad). Tilgjengelig fra www.aftenposten.no [30.10.2002].
- , (05.01.2002): *Kampklare sykepleiere rammer pasienter* (av Gunnar Kagge). Tilgjengelig fra www.aftenposten.no [30.10.2002].
- , (24.02.2002a): *Lei av å lære opp vikarer*. Tilgjengelig fra www.aftenposten.no [29.07.2002].
- , (24.02.2002b): *12 forskjellige byråer*. Tilgjengelig fra www.aftenposten.no [29.07.2002].
- , (24.02.2002c): *Ullevål sykehus planlegger eget vikarbyrå* (av Reidun J. Samuelsen). Tilgjengelig fra: www.aftenposten.no [29.07.2002].
- , (28.07.2002a): *Advarer mot useriøse vikarbyråer* (av Kjetil Taraldsen). Tilgjengelig fra: www.aftenposten.no [29.07.2002].
- , (28.07.2002b): *God butikk for vikarbyråene* (av Kjetil Taraldsen). Tilgjengelig fra: www.aftenposten.no [29.07.2002].
- , (03.06.2006): *Håver inn på pleiere* (av Siri Gedde-Dahl, Olav Urdahl og Anne Hafstad). Tilgjengelig fra: www.aftenposten.no [23.07.2007].
- Bergensavisen (24.07.2002): *Haukeland får eget vikarbyrå* (av Torunn A. Aarøy). Tilgjengelig fra: www.ba.no [16.08.2002].
- , (19.06.2003): *Kutter køen i ferien* (av Eivind Pettersen). Tilgjengelig fra: www.ba.no [20.08.2003].
- , (11.07.2008): *Sykepleiere satser solo*.
- Bergens Tidende (27.11.1999): *Vil leie ut helsepersonell*.
- , (11.07.2000): *Dåvøy starter vikarhodejakt*. Tilgjengelig fra: www.sykepleierkongressen.no [20.06.2007].
- , (22.02.2002a): *Får 80 000 kroner mer som vikar-sykepleier* (av Ingvild Tennfjord). Tilgjengelig fra: www.bt.no [15.01.2003].
- , (22.02.2002b): *Vurderer å slutte* (av Ingvild Tennfjord). Tilgjengelig fra: www.bt.no [15.01.2003].
- , (11.04.2002a): *Sykehus med eget vikarbyrå* (av Kjell Østerbø).
- , (11.04.2002b): *Går til byrå og doblar inntekta* (av Hans K. Mjelva).
- Dagbladet (21.08.2000): *Sjefsflukt fra det offentlige* (av Tore Gjerstad, Jannicke Nilsen og Astrid Handeland). Tilgjengelig fra: www.dagbladet.no [20.06.2007].
- , (09.09.2001): *Omsorg til leie* (av Trude Strømman og Tone Vassbø). Tilgjengelig fra: www.dagbladet.no [21.01.2003].
- , (08.11.2002): *Tjener fett på å være vikar* (av Vigdis Alver). Tilgjengelig fra: www.dagbladet.no [09.06.2005].

-----, (09.06.2007): *Fra fast på fulltid til vikar på deltid* (av Hilde Scherve).

Dagens Medisin (08.04.2002): *Dobling i utleie av helsepersonell* (av Lars-Erik Vollebæk). Tilgjengelig fra: www.dagensmedisin.no [13.12.2006].

-----, (23.05.2002): *Private opererer mer effektivt* (av Hilde Karin Nylund). Tilgjengelig fra: www.anopic.com [12.12.2006].

Dagens Næringsliv (24.02.2002): *Ullevål sykehus kan starte vikarbyrå*. Tilgjengelig fra: www.dn.no [29.07.2002].

-----, (10.05.2002): *Ikke forhandlinger, men ren parodi* (av Torstein Tranøy). Tilgjengelig fra: www.dn.no [31.10.2002].

-----, (10.06.2002a): *Sykepleiere kan få over 70.000 kroner* (av Torstein Tranøy). Tilgjengelig fra www.dn.no [30.10.2002].

-----, (10.06.2002b): *Startlønn høyere enn tidligere toplønn*. Tilgjengelig fra www.dn.no [30.10.2002].

-----, (22.06.2002): *Mener sykepleierne selger rettigheter* (av Torstein Tranøy). Tilgjengelig fra www.dn.no [30.10.2002].

Dagsavisen (11.07.2000): *Dåvøy skal leie ut sykepleiere*. Tilgjengelig fra: www.dagsavisen.no [21.01.2003].

-----, (20.11.2001): *Ingen oversikt over sykepleiervikarer* (av Anne Lindeberg). Tilgjengelig fra: www.dagsavisen.no [29.07.2002].

-----, (17.04.2002): *Får pleierne til å bli*. Tilgjengelig fra: www.dagsavisen.no [28.04.2003].

-----, (25.06.2010): *LO krever vikarveto* (av Hannah Gitmark og Tore Letvik). Tilgjengelig fra: www.dagsavisen.no [08.10.2010].

-----, (10.09.2010): *Mot ny vikarhverdag* (av Hannah Gitmark og Mayam Tahir). Tilgjengelig fra: www.dagsavisen.no [08.10.2010].

DinSide.no (27.08.2000): *Formidling: De nye yrkene* (av Dag Yngve Dahle). Tilgjengelig fra: www.dinside.no [20.06.2007].

Fagbladet 03.09.2010: *Vikarbruken eksploderer* (av Stig H. Christensen/LO-Aktuelt). Tilgjengelig fra: www.fagbladet.no [08.10.2010].

Firda (20.02.2003): *Blei vikar – fekk 100.000 i lønsauke*. Tilgjengelig fra: www.firda.no [23.11.2006].

Gudbrandsdølen Dagningen (29.07.2002): – *Finn dere jobber med bedre lønn* (av Synne Storvik). Tilgjengelig fra: www.gd.no [29.07.2002].

HegnarOnline (12.09.2006): *Spinnvilt i bemanningsbransjen* (av Carine Møller Mortensen). Tilgjengelig fra: www.hegnar.no [05.02.2007].

-----, (07.11.2006): *Bemanningsbransjen vokser til himmels* (av Carine Møller Mortensen). Tilgjengelig fra: www.hegnar.no [09.01.2007].

-----, (04.01.2007): *Fest i bemanningsbransjen* (av Thomas Erling Oksum). Tilgjengelig fra: www.hegnar.no [09.01.2007].

-----, (23.01.2007): *Når nye rekorder* (av Carine Møller Mortensen). Tilgjengelig fra: www.hegnar.no [05.02.2007].

Klassekampen (10.05.2002): – *Forhandlingane er ein rein parodi* (av Magnhild Folkvord). Tilgjengelig fra: www.klassekampen.no [30.10.2002].

Ledernett (30.06.2009): *Storavtale om helsevikarer*. Tilgjengelig fra: www.ledernett.no [19.07.2010].

LO-Aktuelt (18.10.2005): *Ansatt time for time* (av Line Scheistrøen). Tilgjengelig fra: www.frifagbevegelse.no [05.02.2007].

Matpartner (10.02.2004): *Medisinsk Vikarbyrå og Matpartner skal drive Greverud sykehjem Oppegård Kommune*. Tilgjengelig fra: www.matpartner.no [12.12.2006].

Mediehuset Østlandet Blad (16.01.2004): *Medisinsk Vikarbyrå skal drive Greverud sykehjem* (av Solveig Wessel). Tilgjengelig fra: www.oblad.no [12.12.2006].

Nationen (30.04.2002a): *Sjukepleiarar vel vikarbyrå* (av Ragnhild Olsen). Tilgjengelig fra: www.nationen.no [29.07.2002].

-----, (30.04.2002b): *Blåser av innført karantene*. Tilgjengelig fra: www.nationen.no [12.12.2006].

NRK Hordaland (11.04.2002): *Sykepleier-oppsigelser*. Tilgjengelig fra: www.nrk.no [13.12.2006].

NRK P2: Politisk Kvarter (14.11.2001): *Vikarbyråer forverrer situasjonen i helsevesenet*. Tilgjengelig fra: www.sykepleierforbundet.no [22.05.2006].

NRK Trøndelag (08.04.2002): *Sykepleiere slutter i protest*. Tilgjengelig fra: www.nrk.no [13.12.2006].

NRK1 Norge i dag (16.04.2002): *Grasrotopprøret blant sykepleierne vokser*. Tilgjengelig fra: www.nrk.no [12.12.2006].

NRKs nettside (10.04.2002): *Sjukepleiarar sluttar* (av Aagot Opheim). Tilgjengelig fra: www.nrk.no [12.12.2006].

-----, (15.05.2002): *Konkurrerer med egen arbeidsplass* (av Lars Sigurd Eide). Tilgjengelig fra: www.nrk.no [13.12.2006].

NTB (31.01.2007): *Helse Sør og Helse Øst går sammen*. Tilgjengelig fra: www.hegnar.no [12.12.2007].

Personal og ledelse (2007): *Ny rekord i bemanningsbransjen*. Nr. 1.

Tiscali/NTB (23.12.2001): *Innleide vikarer redder sykehusene i julen*. Tilgjengelig fra: www.tiscali.no [29.07.2002].

Tv2 Nettavisen (11.09.2006): *Boom i bemanningsbransjen* (av Henning Aarset). Tilgjengelig fra: www.tv2.no/dyn-nettavisen.no [05.02.2007].

Vedlegg:

Vedlegg 1: Skjematisk oversikt over intervjuer og møter med informanter i casesykehuset (sykehusstudien)

Sykehusavd.	Informanter: Kode/tittel	Datainnsamling: Intervjuer og møter		Kontaktperiode
Personalavd., inkl. Det interne vikarsenteret	S3: Prosjektleder Det interne vikarsenteret S9: Mellomleder S10: Personalansatt Det interne vikarsenteret S11: Personalansatt S12: Personalansatt S13: Seksjonsleder S14: Personalansatt S15: Personalansatt S16: Personalansatt S24: Prosjektleder S27: Daglig leder Det interne vikarsenteret S28: Personalansatt <i>12 informanter</i>	<u>2003</u> Februar (06): Møte med S3, S12, S13 og S15 Mars (24): 1) Møte med S12 2) Møte med S3 og S9 April (25): Intervju med S3 Oktober (29): Møte med S3	<u>2005</u> April: 12: Møte med S9 og S11 26: Intervju med S9 September (27): Intervju med S11 Oktober (07): Intervju med S16 Desember (09): Intervju med S9 <u>2006</u> August (30): 1) Intervju med S11 2) Møte med S10 og S27	Juli 2002–mars 2009
Innkjøps-seksjonen	S18: Innkjøpsrådgiver <i>1 informant</i>	<u>2006</u> Februar (17): Intervju med S18 <i>1 intervju</i>		Februar–november 2006
Intensiv avd.	S1: Oversykepleier <i>1 informant</i>	<u>2003</u> Mars (24): Intervju med S1 <i>1 intervju</i>		Mars 2003–august 2005
Ortopedisk klinikk	S4: Klinikksjef S23: Ansatt ved Ortopedisk avd. <i>2 informanter</i>	<u>2003</u> Mai (07): Intervju med S4 <i>1 intervju</i>		Mars–august 2003
Nevrologisk avd.	S2: Oversykepleier S5: Avdelingssykepleier S6: Sykepleier <i>3 informanter</i>	<u>2003</u> : April (14): Intervju med S2 Mai: 07: Intervju med S5 15: Intervju med S6 <i>3 intervju</i>	<u>2005</u> : Oktober (24): Intervju med S5 Desember (09): Intervju med S2 <i>2 intervju</i>	April 2003–mars 2006
Nevro-kirurgisk avd.	S7: Oversykepleier S26: Avdelingssykepleier <i>2 informanter</i>	<u>2003</u> : Oktober (15): Intervju med S7 <i>1 intervju</i>	<u>2006</u> : Januar (10): Intervju med S7 Juni (13): Intervju med S26 <i>2 intervju</i>	Mars 2003–mars 2010
Psykiatrisk divisjon	S8: Ansatt ved Psykiatrisk avd. S17: Avdelingssykepleier S19: Avdelingssykepleier S20: Ansatt ved Psykiatrisk avd. <i>4 informanter</i>	<u>2003</u> : Oktober (08): Intervju med S8 <i>1 intervju</i>	<u>2005</u> Juni (20): Intervju med S8 September (27): Intervju med S17 <u>2006</u> Mars 16: Intervju med S20 23: Intervju med S19 <i>4 intervju</i>	August 2003–oktober 2006
Tre andre sykehusavd.	S21: Oversykepleier S22: Avdelingsleder S25: Avdelingssykepleier <i>3 informanter</i>	Uformelle samtaler		Mars–august 2003
SUM	28 informanter	22 intervju og 6 møter (06.02.2003–13.06.2006)		Juli 2002–mars 2010

Vedlegg 2: Skjematisk oversikt over intervjuer og møter med informanter som befinner seg på utsiden av casesykehuset (feltstudien)

Organisasjon	Informanter: Kode/tittel	Datainnsamling: Intervjuer og møter	Kontaktperiode
NSF lokalt	Tillitsvalgt i NSF <i>1 informant</i>	<u>2003</u> Mars (18): Intervju <i>1 intervju</i>	Februar 2003– november 2006
NSF sentralt	Avdelingssjef i NSF <i>1 informant</i>	Uformelle samtaler og e-postkommunikasjon	Februar–mars 2003
Det tradisjonelle vikarbyrået (DTV)	Ledelsen ved DTV (to ledere) Avdelingsleder i DTV Vikar 1 i DTV Vikar 2 i DTV <i>5 informanter</i>	<u>2003</u> April (28): Intervju med ledelsen ved DTV Mai (27): Intervju med Vikar 1 i DTV Juli (01): Intervju med Vikar 2 i DTV <i>3 intervju</i>	Februar 2003–april 2009
Medisinsk Vikarbyrå (MV)	Daglig leder ved MV <i>1 informant</i>	<u>2003</u> Mars (26): Intervju <i>1 intervju</i>	Mars 2003
Universitets-sykehus på Østlandet	Oversykepleier ved et Universitetssykehus på Østlandet <i>1 informant</i>	<u>2003</u> Mars (25): Intervju <i>1 intervju</i>	Februar–mai 2003
SUM	9 informanter	6 intervju (18.03.2003–01.07.2003)	Februar 2003–april 2009

Vedlegg 3: Intervjuguider – to eksempler

1: Intervjuguide: Avdelings- og sykepleieledere

PS: Dette er et eksempel på en intervjuguide som er brukt i intervjuer med avdelings- og sykepleieledere som har erfaring med sykepleieinnleie.

Starten av intervjuet

Kort presentasjon av meg selv og prosjektet:

- Temaer/hovedproblemstillinger)
- Samarbeidsavtalen med sykehuset

Kort om intervjuet:

- Bruk av båndopptaker, frivillighet, anonymisering, bruk av materialet (sitater), mulighet for gjennomlesing og kommentering/korrigerende av intervjuutskriften, fortrolighet, taushetsplikt og varighet.

Opplysninger om informanten

Alder

Stillingstittel

Begrunnelse for valg av utdanning

Årstall for avsluttet sykepleierutdanning/annen utdanning

Kan du kort fortelle hva du har jobbet med/som etter du var ferdig utdannet?

Hvor lenge har du hatt den jobben du har nå, og hvor lenge har du arbeidet ved denne avdelingen/dette sykehuset?

Var det noen spesiell grunn til at du begynte å arbeide akkurat her?

Hva går jobben din ut på? Hvilke arbeidsoppgaver har du?

For oversykepleiere: Hvilke endringer har ev. funnet sted i forhold til din stilling som følge av innføringen av enhetlig ledelse? Arbeidsoppgaver/myndighet; før og etter innføringen.

Arbeidsplassbeskrivelse

Hvordan vil du beskrive dette sykehuset som du jobber ved?

Om du skulle velge tre ord for å beskrive sykehuset, hvilke ord ville du da valgt og hvorfor?

Skiller sykehuset seg på noen måte fra andre sykehus i regionen/andre sykehus i Norge?

- Hvis ja; på hvilke måter?

Kan du fortelle litt om den *avdelingen* du jobber ved?

- Hvilke sykepleiere/sykepleiergrupper arbeider på avdelingen?
- Hvor mange er det som jobber her totalt?

Rekrutterings-/bemanningssituasjon

Har dere nå og/eller tidligere hatt problemer med å rekruttere sykepleiere/spesialsykepleiere til ledige stillinger? Hvorfor/hvorfor ikke?

Lovendringen, 1. juli 2000, som muliggjorde sykepleieleie

Hva tror/mener du ligger bak den endringen av lovverket, som åpnet for ut- og innleie av helsepersonell her i landet?

- Hvem var de sentrale aktørene i denne prosessen?

Hvordan synes du sykehuset har handlet i forhold til det nyoppståtte markedet for sykepleieutleie?

Har det i forbindelse med denne lovendringen vært noen diskusjoner her på sykehuset, som du kjenner til?

- Hvis ja; hvem har stått sentralt i disse diskusjonene, og hva har diskusjonene gått ut på?
- Kan du komme på noen eksempler?

Hva er ditt syn på hvordan NSF har handlet i ettertid av lovendringen/det nye utleiemarkedet? Har NSF spilt en sentral rolle i (ev.) diskusjoner på sykehuset, om den nye ut- og innleieordningen?

Bemanningspolitikken/sykepleiebemanningen i sykehuset/ved avdelingen

Hvilke bemanningsløsninger/ansettelser benyttes i dag mht. sykepleiere? For eksempel:

- 1) Fast/ordinær ansettelse (heltid, deltid)
- 2) midlertidig ansettelse
- 3) ekstravakter (fra for eksempel Ekstravaktsentraler/ringevaktsentraler)
- 4) ringevikarer
- 5) interne vikarer (fra en egen vikarpool)
- 6) eksterne vikarer (fra private vikarbyrå)
- 7) utenlandsrekruttering (faste stillinger og/eller vikarer)

Hvordan synes du bemanningssituasjonen burde være *ideelt* sett?

Avdelingens (ev.) innleie av eksterne sykepleiervikarer fra private vikarbyrå

PS: Vise til interne dokumenter: Retningslinjer for innleie av sykepleiere, innkjøpsavtaler/rammeavtaler med vikarbyrå.

Hvor lenge har innleie av sykepleiervikarer vært praktisert her?

Hvordan vil du karakterisere vikarbruken her?

Har dere noen innleide sykepleiervikarer akkurat nå?

Hvilke(t) vikarbyrå(er) kommer disse fra? (Før vs. nå.)

Begrunnelser/årsaker til sykepleieinnleie

Når/i hvilke situasjoner er det tenkt at det kan leies inn denne typen vikarer?

Er det forskjellige årsaker som ligger til grunn for innleie av *interne* vikarer vs. *eksterne* vikarer, eller kan den samme årsaken ligge til grunn for begge typer vikarinnleie?

- Hvis forskjeller: Hva skal i så fall ligge til grunn for innleie av henholdsvis eksterne vs. interne vikarer?
- Av hvilke grunner brukes de to typene vikarer?

Hva mener *du* er den største forskjellen mellom det å leie inn interne vikarer vs. det å leie inn vikarer fra private vikarbyrå?

Beslutning og bestilling

Hvem er det som avgjør om/når det skal leies inn sykepleiere, eksternt vs. internt?

Finnes det noen instruksjoner i forhold til dette?

Hvem tar kontakt med vikarbyrået/det interne byrået? Eller: Hvem bestiller inn vikarer?

Varigheten på oppdragene!

Hvor lenge leies vikarene vanligvis inn av gangen?

Blir innleieperioden ofte forlenget?

Diskusjoner om vikar-/sykepleieinnleie

Har det vært noen diskusjoner på avdelingen/sengeposten angående bruken av sykepleieinnleie?

- Hvis ja; hva har diskusjonene gått ut på?

Fordeler og ulemper med sykepleieinnleie

Hva er fordelene og ulempene ved å bruke vikarer?

- Eksempler?
- Fokus på: Lojalitet, tillit, avhengighet, kompetanse m.m.

Har du generelt sett vært fornøyd med de vikarene dere har hatt inne på avdelingen?

Kan vikarene være aktuelle for faste stillinger?

- Har du noen eksempler på dette?

Opplæring av vikarer

Er det vanlig at vikarene får noen form for opplæring når de kommer på avdelingen?

- Hvilken type opplæring kan det i så fall være snakk om?
- Hvor mange timer/dager tar vanligvis opplæringen av en sykepleiervikar?
- Hvem er ansvarlig for opplæringen?
- Har det vært noen episoder/vanskeligheter rundt dette?
- Kan du komme på noen eksempler?

Vikarenes arbeidsoppgaver

Hvilken type arbeid/arbeidsoppgaver gjør vikarene?

Er det forskjell på hva sykepleiervikarer og ordinære sykepleiere gjør av arbeidsoppgaver?

- Ev. hva?

Mottak av vikarer og arbeidsmiljø

På denne avdelingen; hvordan blir vikaren(e) tatt i mot av ordinære ansatte?

Blir vikarer behandlet annerledes enn ordinære ansatte?

- I så fall på hvilke måter?

Er vikarene godt integrert i det sosiale arbeidsmiljøet?

- Får vikarene delta på alle typer av sosiale sammenkomster?

Hvordan takles potensielle problemer mellom vikarer og ordinære ansatte?

Hvordan synes du arbeidet flyter mellom vanlige sykepleiere/ansatte og vikarer?

Er det forskjell på hvordan de *interne* og de *eksterne* vikarene blir tatt i mot på avdelingen?

Vikaren

Hva er ditt bilde av den typiske vikar?

Er det noen fellestrekk/trekk som går igjen?

- Alder, erfaring m.m.
- Fokus på: Erfaring og kompetansenivå.

Hvem tror du velger å bli vikar/å jobbe som vikar for et vikarbyrå?

Hvordan står bildet av den typiske vikaren i forhold til den typiske sykepleier generelt sett?

Hva mener du er ulemper og fordelene ved å jobbe som vikar?

Sykehusets interne vikartjeneste (intern sykepleieleie), inkl. avdelingens (ev.) innleie av interne sykepleiervikarer

Hva ligger bak sykehusets etablering av et eget vikarbyrå for utleie av sykepleiervikarer?

Hva (tror du) er motivet bak eller målsettingen med denne ordningen?

- Fokus på: Vurderinger, begrunnelser, motiv, valg.

Mener du at det er noen forskjell på det å jobbe som vikar gjennom et eksternt vikarbyrå og det å være ansatt i et internt vikarbyrå på et sykehus/i et helseforetak?

Diskusjoner om intern innleie

Har det vært noen diskusjoner på avdelingen angående denne vikarbruken?

- Hvis ja; hva har diskusjonene gått ut på?

Fordeler og ulemper med intern innleie

Hva synes du er fordelene og ulemper med en slik vikarordning?

- Utdyp!

Avrunding av intervjuet

Er det noen tema eller spørsmål som vi ikke har vært inne på, men som du gjerne vil ta opp, eller er det noe av det vi har vært inne på som du ønsker å utdype/understreke?

2: Intervjuguide: Sykepleiervikarer

Starten av intervjuet

Kort presentasjon av meg selv og prosjektet:

- Temaer/hovedproblemstillinger)

Kort om intervjuet:

- Bruk av båndopptaker, frivillighet, anonymisering, bruk av materialet (sitater), mulighet for gjennomlesing og kommentering/korrigerende av intervjuutskriften, fortrolighet, taushetsplikt og varighet.

Opplysninger om informanten

Alder

Hvorfor du valgte å bli sykepleier? Eller: Hva var det som gjorde at du valgte å bli sykepleier?

- Kan du peke ut noen faktorer som har vært viktig for ditt valg av utdanning og yrke?

Årstall for avsluttet sykepleierutdanning

Kan du kort fortelle hva du har jobbet med/som etter du var ferdig utdannet?

Hvor lenge har du arbeidet som sykepleiervikar?

Oppfatninger om den typiske sykepleier og den typiske (sykepleier-)vikar

Hvordan vil du beskrive *den typiske sykepleier*?

Hvordan vil du si at du står i forhold til ditt bilde av den typiske sykepleier?

Har du noen tanker om hvem det er som ønsker å bli/blir sykepleier i dag?

- Tror du det er noen forskjell på dem som velger å bli sykepleier i dag og dem som valgte dette yrket for noen tiår tilbake – for eksempel mht. hva som ligger bak deres valg av nettopp dette yrket?

Er sykepleieryrket slik du forventet at det skulle være?

- Hva har ev. vært annerledes?

Tenker du annerledes om yrket/det å være sykepleier i dag enn da du var ny i yrket?

Hvordan står bildet av den typiske sykepleier i forhold til ditt bilde av *den typiske vikar*?

Er det noen fellestrekk/trekk som går igjen?

- Alder, erfaring, kompetansenivå m.m.

Jobben som sykepleiervikar/byråsykepleier

Hvorfor har du valgt å jobbe som vikar?

Hvilken rolle spiller lønn og muligheten for å jobbe mer fleksibelt og variert?

Hva synes du er forskjellen på å jobbe som vikar og det å være ordinær sykepleieransatt?

Hva mener du er ulemper og fordelene ved å jobbe som vikar?

- Hva er *positivt* og *negativt* med vikarjobben (vs. det å være ordinær sykepleieransatt)?

Hva er *viktig* for deg som sykepleier i ditt arbeidsforhold?

- Lønn, trygghet, forutsigbarhet, fleksibilitet, kompetanseutvikling?
- Rangering (viktigst, minst viktig?)
- Er det noe du savner?

Kan det å jobbe som vikar øke ens generelle kompetanse som sykepleier?

- Ev. hvordan/på hvilken måte?

Vikarens forhold/relasjon til vikarbyrået

Hva var grunnen til at du *valgte* å begynne å jobbe for dette vikarbyrået?

Hvordan vil du beskrive byrået som arbeidsgiver?

Hvilken type *kontrakt* har du; fast ansatt eller oppdragsbasert?

Hvilken lojalitet føler du til byrået?

Jobber du, eller har du jobbet for, flere vikarbyrå?

- Ev. hvilke?

Har du vært i kontakt med andre vikarbyrå?

I hvilken grad synes du at du har innflytelse på beslutninger som har betydning for (utøvelsen av) din jobb?

Synes du at ledelsen lytter til dine erfaringer om din arbeidssituasjon, ev. forslag til endringer osv.?

Oppfatninger vedr. NSF/fagorganisering

Spiller det noen rolle for deg om vikarbyrået du jobber for har avtale med NSF?

- Hvorfor/hvorfor ikke?

Forholdet til NSF – fordeler og ulemper mht. det å være fagorganisert.

Spiller det rolle om man er fagorganisert eller ikke, når det gjelder jobben som byråvikar?
Hva tenker du om NSF's syn på sykepleieres mulighet for å jobbe som byråvikar og vikarbyråers jobbtilbud til sykepleiere?

Arbeidsmiljø

Hvor mange andre (sånn ca.) sykepleiervikarer/byråsykepleiere kjenner du?

Føler du samhörighet til de andre vikarene?

Forholdet til andre vikarer i samme vikarbyrå: Hvordan er ditt forhold til de andre sykepleiervikarene her i dette vikarbyrået?

Synes du at vikarbyrået legger til rette for, eller oppfordrer til, at dere vikarer skal bli kjent med hverandre, for eksempel ved å arrangere sosiale treff og liknende?

Synes du at vikarbyrået burde bli flinkere på disse tingene, eller synes du ikke at det er noe som burde blitt gjort annerledes?

- Hvis ja, hva synes du burde blitt endret på?

Tror du at arbeidsforholdene og ev. arbeidsmiljøet ved dette vikarbyrået skiller seg fra arbeidsforholdene i andre vikarbyrå?

- Hvis ja; hvordan og ev. hvorfor?

Ute på oppdrag

Av hvilke grunner har du inntrykk av at det *leies inn* sykepleiervikarer?

- Årsaker til innleie, for eksempel sykefravær, ferie, permisjon, unngå overtid?

Tror du innleie av sykepleiervikarer er en bemanningsløsning som er kommet for å bli, eller tror du snarere at det er en form for døgnflue?

Oppdragets lengde

Hvor lenge er du vanligvis innleid på et arbeidssted?

Er det vanlig at oppdragene blir forlenget?

- Av hvilke grunner blir et oppdrag ev. forlenget?

Foretrekker du å være lenge på et arbeidssted, eller har du ingen preferanser mht. oppdragets lengde?

- Begrunnelser!

Arbeidssted

Når det gjelder *hvor* du jobber som vikar, på eksempelvis sykehus og sykehjem, er det noe du liker bedre enn noe annet?

- Hvorfor tror du at det er sånn?

Hvilket inntrykk har du av de fastansattes syn på vikarer og bruk av innleide vikarer?

Tror du at dette synes ev. har endret seg over tid?

- Hvorfor/hvorfor ikke?
- Eksempler!

Har du inntrykk av at folk er nysgjerrige på hvordan det er å jobbe som sykepleiervikar, og ev. selv vurderer å jobbe på denne måten?

Hvilke spørsmål har du ev. fått som vikar; om denne typen jobb m.m.?

Mottakelse og arbeidsmiljø

Hvordan synes du at du som vikar vanligvis blir tatt imot på arbeidsstedet?

Har du inntrykk av at vikarer blir behandlet annerledes enn ordinære ansatte?

- Eksempler!

Får du som vikar delta på ulike typer av sosiale sammenkomster på arbeidsstedet?

Kjenner du til om det har vært noen ubehaglige episoder mellom vikarer og ordinære ansatte på de stedene som du har jobbet?

- Ev. eksempler!

Hvordan synes du arbeidet vanligvis flyter mellom vanlige sykepleiere/ansatte og vikarene?

Har det vært noen vanskeligheter mht. for eksempel arbeidsfordeling, samarbeid eller lignende, mellom deg som vikar og de faste sykepleierne på de stedene hvor du har jobbet?

- Ev. eksempler, årsaker.

Opplæring

Er det vanlig at du som vikar får noen form for opplæring når de kommer på et nytt arbeidssted?

Hvilken type opplæring kan det i så fall være snakk om?

Hvor mange timer/dager tar vanligvis slik opplæring?

Hvem er vanligvis ansvarlig for denne opplæringen?

Er du fornøyd med den opplæringen du vanligvis får? Eller: Fungerer opplæringen greit, eller har det vært noen problemer rundt det?

- Ev. eksempler!

Arbeidsoppgaver

Hvilke typer arbeidsoppgaver gjør du som vikar; akkurat de samme som de vanlige sykepleiere eller opplever du at det skilles mellom typiske vikaroppgaver og ordinære sykepleieroppgaver?

Kan du som vikar få lederansvarlig på en avdeling, eller er dette noe som må tillegges faste ansatte?

- Ev. eksempler!

Avrunding av intervjuet

Ser du for deg at du fortsatt jobber som vikar om 5 år?

Tror du at flere sykepleiere kommer til å velge å jobbe på denne måten i fremtiden/fremover?

- Hvorfor/hvorfor ikke?
- Begrunnelser!

Er det noen temaer eller spørsmål som vi ikke har vært inne på, men som du gjerne vil ta opp, eller er det noe av det vi har vært inne på som du ønsker å utdype/understreke?

Ev. tips om sykehus med mye bruk av vikarer, vikarbyråer, vikarer/sykepleiere som jeg bør snakke med?